

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 30

La Symptomatologie
Pyloro-Duodénale
dans
les sténoses hautes du jéjunum

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean REVOL

Diplômé de Médecine légale et de Psychiatrie

Né le 14 Juin 1906 à AUXONNE (Côte-d'Or)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

**LA SYMPTOMATOLOGIE PYLORO-DUODÉNALE
DANS LES STÉNOSES HAUTES DU JÉJUNUM**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545324_0064

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 30

La Symptomatologie
Pyloro-Duodénale
dans
les sténoses hautes du jéjunum

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean REVOL

Diplômé de Médecine légale et de Psychiatrie

Né le 14 Juin 1906 à AUXÖNNE (Côte-d'Or)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOU
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie Interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienné MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOUT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. CADE, président ; ROUBIER, assesseur ;
MORENAS et REBATTU, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
Tombé au Champ d'Honneur

DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Gage de ma profonde reconnaissance.

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE, MONSIEUR LE PROFESSEUR CADE

Il nous a suggéré l'idée de ce travail; sa bienveillante direction nous a permis de le mener à bien.

Qu'il trouve ici l'expression de notre sincère gratitude.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

LA SYMPTOMATOLOGIE PYLORO-DUODÉNALE DANS LES STÉNOSES HAUTES DU JÉJUNUM

Introduction

OBSERVATION I.

Le 14 juin 1928, G..., âgé de 53 ans, entre salle Saint-Bruno, à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Professeur CADE (1).

Depuis un mois, il présente des douleurs gastriques survenant régulièrement demi-heure à deux heures après les repas. Ces douleurs s'accompagnent de vomissements qui, espacés au début, surviennent maintenant régulièrement après tous les repas. Ces vomissements sont alimentaires et contiennent d'une façon certaine des aliments ingérés la veille. L'existence de bile n'est pas notée dans ces vomissements. Il n'y a pas eu d'hématémèses. Enfin le malade présente une anorexie marquée, il a maigri de 7 à 8 kilos depuis un mois et présente un très mauvais état général.

A l'examen, on constate des signes nets de sténose pylorique : clapotage gastrique à jeun et ondes péristaltiques. Pas de tumeur perçue à la palpation. Une tentative de radioscopie est faite le 18 juin, mais l'examen est rendu impossible par la marche défectueuse de l'appareil.

(1) Cette observation a été publiée par MM. CADE et LEVRAT dans le *Journal de Médecine de Lyon* (20 août 1929).

Devant la netteté des signes cliniques, le diagnostic ferme de sténose du pylore par cancer est établi et on décide, à cause du mauvais état général, de faire pratiquer, sans attendre un nouvel examen radioscopique, une intervention chirurgicale.

Le 21 juin 1928, laparatomie médiane sus-ombilicale; l'estomac et le duodénum paraissent sains; fermeture sans aucune intervention gastrique.

Le 25 juin 1928, le malade meurt avec des signes d'hémorragie stomacale abondante.

A l'autopsie, le 26 juin, on constate l'existence d'un rétrécissement du jéjunum siégeant *dix centimètres au dessous de l'angle duodéno-jéjunal*. Il s'agit d'un rétrécissement en virole et après ouverture de l'intestin à ce niveau on a l'aspect d'un cancer ulcéré. Au dessus du rétrécissement, on a une dilatation énorme du jéjunum, qui est rempli de sang; l'estomac et le pylore sont normaux. L'examen histologique de la tumeur montre l'existence d'un épithélioma infiltrant toute l'épaisseur de la paroi intestinale.

Le tableau clinique présenté par ce malade fut donc celui d'une sténose pylorique nette, engendrée par des lésions anatomo-pathologiques (épithélioma) situées à dix centimètres au dessous de l'angle duodéno-jéjunal. c'est-à-dire à environ trente-cinq centimètres du pylore.

Classiquement cette symptomatologie répond à une sténose soit pylorique, soit duodénale sus-vatérienne; de son côté une sténose du jéjunum se manifeste par un syndrome intestinal.

La discordance de ces faits était digne de retenir l'attention. C'est à cette occasion que M. le Professeur CADE nous a suggéré l'idée d'étudier cette question, de rechercher dans la littérature les faits pouvant s'y rapporter afin de savoir s'il convient éventuellement d'éten-

dre la symptomatologie pylorique à la portion haute du jéjunum.

La bienveillante direction de M. le Professeur CADE nous a permis de mener à bien ce travail: nous l'en remercions vivement.

Le plan de notre travail sera le suivant: D'abord un bref rappel de la symptomatologie classique des sténoses pylorique et intestinale.

Nous donnerons ensuite les observations de sténose jéjunale simulant une sténose pylorique ou duodénale, que nos recherches dans la littérature nous ont permis de réunir.

Après quelques considérations anatomo-pathologiques, étiologiques et générales, nous consacrerons à chacun des symptômes un chapitre spécial: nous les étudierons avec le plus de précision possible et les mettrons en parallèle avec les symptômes pyloriques ou duodénaux.

Nous aborderons ensuite la question du diagnostic différentiel afin d'établir les éléments qui permettront de distinguer une sténose jéjunale d'une sténose pylorique ou duodénale.

Nous tâcherons d'expliquer le mécanisme de cette symptomatologie d'emprunt.

Et, enfin, après une rapide vue d'ensemble de la question, nous poserons nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Symptômatologie classique des sténoses pyloriques et intestinales

LA STÉNOSE DU PYLORE, créant un obstacle à l'évacuation normale de l'estomac, entraîne la rétention gastrique. C'est là le fait dominant de la scène clinique qui se manifeste avant tout par des douleurs et des vomissements.

Les douleurs sont ressenties par le malade soit dans la région péri-ombilicale, soit à l'épigastre, soit dans l'hypocondre gauche, toutes pouvant avoir des irradiations dorsales; rarement continues, elles surviennent par crises plus ou moins violentes de une demi-heure à deux heures après les repas. C'est la douleur tardive ne cessant que par l'évacuation spontanée ou provoquée de l'estomac.

Les vomissements composés d'aliments ingérés le jour même ou la veille, plus ou moins mêlés de liquide gastrique, font suite à la crise douloureuse.

Dans l'intervalle des crises, l'haleine du malade est fétide; il a des éructations nauséabondes.

L'anorexie peut apparaître dès le début de l'affection. Jointe aux vomissements alimentaires, elle provoque un amaigrissement considérable.

L'asthénie est aussi la conséquence directe des faits précédents.

A l'examen, l'abdomen offre parfois un volume anormal: une saillie médiane occupe souvent l'épigastre ou la région ombilicale. ..

Des ondes péristaltiques larges parcourent le creux épigastrique de gauche à droite (c'est-à-dire du cardia au pylore).

KUSSMAUL fut le premier à signaler ce symptôme. HAYEM et LION le décrivirent sous le nom d'ondulation ou d'agitation péristaltique. CRUVEILHIER parla de durcissement intermittent et BOUVERET de tension intermittente.

A jeun, c'est-à-dire de 8 à 12 heures après l'ingestion d'aliments, l'estomac contient du liquide dont on reconnaît la présence par la recherche du *clapotage* ou en pratiquant le *tubage gastrique*. Ce tubage permettra d'évaluer le volume de ce liquide ainsi que sa nature et sa composition chimique.

Une *tumeur* peut être perçue à la palpation; elle est généralement haut située et fixée dans la profondeur.

L'examen radioscopique confirmera le diagnostic; on devra se baser sur la durée de l'évacuation gastrique; la présence de résidus abondants 7 à 8 heures après le repas opaque, l'observation de contractions stomacales intenses et inefficaces, la dilatation du bas-fond stomacal.

LA STÉNOSE INTESTINALE se manifeste par la symptomatologie décrite par KÆNIG : deux à trois heures après le repas, le malade ressent une violente douleur dans la région ombilicale ou dans un flanc. On observe alors des contractions péristaltiques, on perçoit des bruits musicaux, des gargouillements, des sifflements. La douleur diminue ensuite; la scène se termine parfois par une émission de gaz.

Ces accès décrits sous le nom de *syndrome de Kænig* peuvent se renouveler jusqu'à 20 et 30 fois dans la journée. Dans les cas de rétrécissements multiples : on observe les *coliques étagées de Kæberlé*.

LA STÉNOSE DU DUODÉNUM, première portion de l'intestin grêle, n'entre cependant pas dans le cadre précédent. En nous reportant à l'étude qu'en fit M. le Professeur PIC dès 1894, nous la voyons se manifester comme une sténose pylorique quand la lésion occupe la portion sous-vatérienne du duodénum; c'est la sténose juxta-pylorique. Il faut cependant noter l'horaire plus tardif des crises douloureuses et des vomissements; mais il est souvent difficile de les différencier sans le secours de la radioscopie.

Si la lésion est située au-dessous de l'ampoule de Vater on observera aussi des douleurs épigastriques tardives et des vomissements; mais ceux-ci seront caractérisés par la présence de bile, de suc pancréatique et de quelques résidus alimentaires.

LA STÉNOSE DE L'ANGLE DUODÉNO-JÉJUNAL ou sténose juxta-jéjunale présente aussi des signes de rétrécissement pylorique, associés aux symptômes sous-vatériens et au syndrome de Kænig.

Ce n'est qu'à la suite des travaux de MM. CADE et DEVIC, en 1920, que ce fait est devenu classique. C'est sur eux que MM. TRÉMOLIÈRES et CAUSSADE s'appuient pour le décrire dans le « Nouveau Traité de Médecine ». Mais, affirment ces deux derniers auteurs, « le cancer juxta-jéjunal ne doit pas être confondu avec la sténose de l'intestin grêle; dans celle-ci nul signe de sténose pylorique tels que dilatation de l'estomac ou douleurs tardives, nul reflux continu de bile et de suc pancréatique dans l'estomac ».

CHAPITRE II

Vingt-deux observations de symptomatologie pyloro-duodénale dans les sténoses hautes du jéjunum

Parmi nos vingt-deux observations, nous mettrons nettement à part six d'entre elles où la sténose était localisée à l'angle duodéno-jéjunal.

La symptomatologie pyloro-duodénale de ces sténoses juxta-jéjunales est devenue classique depuis qu'en 1920 MM. CADE et A. DEVIC attirèrent l'attention sur elles.

Nous avons cru bon d'insérer ici ces observations qui, si elles ne font qu'appuyer des faits actuellement reconnus, entrent cependant dans le cadre de notre sujet, l'angle duodéno-jéjunal, accroché aux flancs gauches des première et deuxième vertèbres lombaires, étant la limite supérieure du jéjunum.

Nous envisagerons ensuite seize cas où la sténose est située sur le trajet même du jéjunum et a présenté une séméiologie spéciale. Leur intérêt est bien évident et

cependant la plupart ne semblent pas avoir attiré particulièrement l'attention des auteurs.

Toutefois, les deux plus récents (MALLET-GUY, obs. XXII, PIC, VACHEZ et BOUYSSSET, obs. XVIII) ont été présentés à ce sujet devant des sociétés savantes.

I. — Six observations de sténoses juxta jéjunales

OBSERVATION II.

In PATEL. *Thèse de Lyon* 1901-1902. Obs. 32, page 140.
(résumée)

Femme de 26 ans. Souffre depuis un an de troubles gastriques caractérisés uniquement par des vomissements bilieux survenant souvent plusieurs fois par jour; quelquefois elle avait des vomissements aqueux, abondants, des renvois acides; elle eut une hématomèse. Soignée pour un ulcère de l'estomac, le régime amena une disparition presque complète des symptômes.

L'état fut satisfaisant pendant 10 mois, puis les symptômes réapparaissent : vomissements et crises de coliques devenant de plus en plus intenses.

Les vomissements surviennent après chaque repas presque régulièrement, contenant une quantité considérable de bile, même si la malade ne mange pas; pendant leur durée, l'abdomen se météorise au-dessus de l'ombilic; à ce niveau, on a du clapotage.

Les vomissements qui ont été constatés sont bilieux, sans parcelles alimentaires non digérées; ils sont très abondants : de 4 à 5 litres par jour.

M. JABOULAY pense à une bride siégeant sous l'ampoule de Vater : laparotomie et sections de brides passant au-dessus du duodénum et du colon transverse.

Pendant quatre jours, arrêt des symptômes, puis réapparition avec autant d'intensité : on désunit les lèvres de la plaie et on constate *une bride au niveau de l'angle duodéno-jéjunal*. Plus bas l'intestin est moniliforme; à la palpation on constate de nombreux rétrécissements. Mort par tuberculose pulmonaire.

Nous croyons devoir insister sur la valeur que présente cette observation. C'est une véritable expérience de physio-pathologie : une bride sous-vatérienne entraîne une symptomatologie bien connue, sa section en arrête les effets.

La bride de l'angle duodéno-jéjunal qui, quatre jours après, entraîne une sténose assez serrée pour se manifester cliniquement, est comme une ligature que l'on aurait posée à ce niveau.

En somme, chez la même malade, on note des symptômes pyloro-duodénaux identiques pour des lésions du duodénum et de l'angle duodéno-jujénal.

OBSERVATION III

G. CROWTHER. — Turin 1914. *La Clinica Chirurgica*
t. XXI, n° 10 (résumée)

Sarcome duodéno-jéjunal en virole

Femme de 25 ans présentant des douleurs abdominales et des vomissements alimentaires et bilieux très abondants.

Laparotomie exploratrice : *Sarcome en virole de l'angle duodéno-jéjunal*.

OBSERVATION IV

G. CROWTHER (résumée)

Homme de 37 ans, souffrant depuis un an de douleurs à l'épigastre avec vomissements alimentaires. Dans l'hy-

pocondre gauche on perçoit une tumeur dure, irrégulièrement bosselée.

L'examen clinique conduit au diagnostic probable de carcinome gastrique.

Laparotomie exploratrice : On trouve la portion initiale du jéjunum épaissie et comme cartonnée.

Mort sept jours après. A l'autopsie, on constate sur une longueur de 0 m. 40 au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal de nombreux foyers d'infiltration néoplasiques.

OBSERVATION V

PÉTROW. — *Liatop, Rüssk. Chirurg., Saint-Petersbourg*
Bd. III (résumée)

Homme de 34 ans souffrant depuis trois mois d'une constipation opiniâtre.

Il y a un mois, des douleurs abdominales sont apparues. Celles-ci sont continues mais augmentent d'intensité douze ou quinze minutes après les repas et s'accompagnent de vomissements alimentaires.

Autopsie : Tumeur de 13 centimètres sur 17 développée dans le mésentère et particulièrement *au niveau de l'angle duodéno-jéjunal*.

OBSERVATION VI

TATLOW. — *The Lancet* 1912, p. 991 (résumée)

Homme de 53 ans se disant dyspeptique depuis une trentaine d'années. Par dyspepsie le malade entend des crises de vomissements, de la flatulence, des sensations de pesanteur après les repas, de la constipation.

Avant d'entrer à l'hôpital, le malade a eu une crise sévère de vomissements; durant cinq jours, il ne put garder aucun aliment. Tout revint normal durant une semaine, puis une nouvelle crise apparut.

Il n'a jamais vomi de sang.

La douleur dont il souffrait avant les vomissements était toujours ressentie à un point situé à un demi-pouce (douze millimètres) de l'ombilic, à gauche et un peu au-dessus (ce point, on le vérifia plus tard, correspondait à l'angle duodéno-jéjunal).

Par intermittence, l'appétit était relativement bon, le malade ne souffrait pas.

A l'examen, on sentait une tumeur mal définie près de l'ombilic.

Aux rayons X, on ne vit pas de sténose pylorique; on nota quelques irrégularités de la petite courbure.

Le diagnostic porté fut celui de carcinome probable de l'estomac.

A l'opération on trouva une *tumeur annulaire de l'angle duodéno-jéjunal*.

Résection. Histologiquement, il s'agit d'un carcinome.

OBSERVATION VII

CADE et DEVIC. — *Archives des maladies de l'appareil digestif* 1920, p. 419 (résumée)

Femme de 72 ans présentant depuis six mois des douleurs épigastriques survenant la nuit, à type de faim douloureuse.

Depuis un mois la malade vomit tous les jours. Ces vomissements sont abondants, contiennent parfois des aliments ingérés la veille et souvent de la bile.

A l'examen, on constate des ondes péristaltiques très intenses. Pas de radioscopie.

D'urgence, à cause de l'état grave de la malade, on fait une gastro-entéro-anastomose.

Décès trente-six heures après. A l'autopsie on constate un *rétrécissement serré de l'angle duodéno-jéjunal* avec une grosse dilatation du duodénum.

Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma.

La lecture de ces six observations donne lieu à diverses remarques.

Tout d'abord c'est la diversité des lésions anatomo-pathologique opposée à la presque identité des tableaux cliniques.

Cette symptomatologie dépend uniquement de la localisation. La tuberculose, le néoplasme dans ses différentes modalités histologiques, les tumeurs du mésentère peuvent, si leur présence détermine une sténose, entraîner la symptomatologie de cette sténose.

Dans chacune de ces observations, les symptômes de sténose pylorique ou duodénale sont des plus nets.

Nous ne reviendrons pas sur celle de PATEL, nous avons déjà insisté sur sa valeur; parmi les autres, on fit deux fois le diagnostic de lésions gastriques (CROWTHER, obs. IV. TATLOW, obs VI), trois fois, on ne fit pas de diagnostic; la symptomatologie décrite répond bien cependant à celle d'une sténose du pylore.

Nous retrouvons partout la *douleur*, soit diffuse, soit localisée en un point précis de l'abdomen (région épigastrique ou flanc gauche). Cette douleur peut être continue ou n'apparaître qu'à certains moments, généralement après les repas; elle précède alors les vomissements qui diminuent son intensité ou bien la font disparaître totalement.

Les *vomissements* sont en général abondants : trois fois, on les note uniquement alimentaires, deux fois, alimentaires et bilieux; les aliments rejetés peuvent avoir été ingérés le jour même ou bien la veille.

L'examen physique ne révèle que peu de signes : une fois (CADE et DEVIC, obs. VII) des *ondes péristaltiques*,

deux fois, on a la sensation d'une *tumeur* (CROWTHER, obs. IV. TATLOW, obs. VI). Il convient de noter ici les localisations de ces tumeurs : dans l'hypocondre gauche pour la première, près de l'ombilic pour la seconde ; ce sont là des situations rares de l'angle duodéno-jéjunal et des premières anses grêles ; classiquement elles sont cachées sous les fausses côtes gauches et ne sont pas abordables à la palpation.

Une dernière considération s'impose : sur six observations, nous avons quatre décès ; deux fois les suites opératoires ne sont pas mentionnées ; en supposant même qu'elles aient été favorables au malade, la mortalité arrive au pourcentage élevé de 66,6 %, ce qui met bien en lumière la *gravité de ces cas*.

Nous croyons inutile d'insister plus longuement sur ces faits. La sténose de l'angle duodéno-jéjunal peut se traduire par une symptomatologie pylorique, non obligatoirement associée aux symptômes sous-vatériens et au syndrome de *Kœnig*, comme le disent Messieurs *Trémolières* et *Caussade*.

II. — Seize observations de sténoses jéjunales

Dans les pages qui suivent, nous avons réuni seize observations de sténoses hautes du jéjunum se dissimulant sous le masque d'une sténose pylorique ou duodénale.

Nous les avons rangées d'après la distance qui sépare l'angle duodéno-jéjunal de l'obstacle. Depuis les

premiers centimètres jusqu'à un mètre de la portion initiale du jéjunum, nous retrouverons le syndrome pylorique ou sous-vatérien, partout net, au point d'avoir souvent entraîné une erreur de diagnostic.

OBSERVATION VIII

D'ALLAINES. — *Journal de Chirurgie*, avril 1929, p. 449

Mme D... Julie, 52 ans, entre dans le service du Professeur LECÈNE.

Depuis deux à trois mois elle souffre de douleurs vagues dans l'abdomen avec prédominance au niveau de l'épigastre. Amaigrissement assez considérable.

Depuis un mois les douleurs surviennent par crises répétées, toujours plus violentes dans la région épigastrique, débutant généralement de quatre à cinq heures après les repas. Ces crises douloureuses se terminent par des vomissements abondants contenant des aliments ingérés deux ou trois jours auparavant.

A l'examen : Femme de 48 kgs (au lieu de 57 il y a un mois). Abdomen plat non ballonné, souple et indolore.

Le diagnostic le plus probable était celui de sténose pylorique.

L'examen radiographique devait le réformer. Sous l'écran on vit un estomac distendu parcouru de contractions assez intenses. Le duodénum s'injecte bien et semble dilaté surtout au niveau des 3^e et 4^e portions. De même la première anse jéjunale, au-dessous de laquelle rien ne passe.

24 heures après, l'image radiographique n'a pas changé.

Donc, sténose serrée à quelques centimètres au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal et dilatation globale de

l'estomac du duodénum et de la première anse jéjunale.

A l'opération on trouve une *tumeur en ficelle à huit centimètres au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal*.

L'intestin est dilaté au-dessus et aplati au-dessous.

Résection. Anastomose termino-latérale.

Suites opératoires simples.

L'examen histologique révéla un épithélioma cylindrique.

OBSERVATION IX

IN BERNAY. — *Thèse de Lyon* 1898. Obs. I, page 121, (résumée).

Homme de 40 ans, troubles digestifs depuis longtemps, vomissements fréquents. A l'examen, tension de la région périombilicale, clapotage très net et surtout perceptible le matin à jeun, pas de tumeur, la pression de la région épigastrique n'est pas douloureuse, constipation habituelle.

L'insufflation et la percussion renseignent mal sur les limites de l'estomac. On est frappé de ce fait que malgré la distension et le clapotage gastrique, on ne peut rien retirer de l'estomac avec la sonde.

Le malade est à jeun depuis 24 heures; clapotage très net; à la percussion, on détermine deux masses différentes : l'une supérieure à l'ombilic, l'autre inférieure. On affirme l'indépendance relative des deux poches et le diagnostic d'estomac biloculaire semble probable.

A l'opération on arrive sur une anse grêle tellement dilatée qu'elle est prise pour l'estomac déplacé. Elle est comprise entre deux sténoses très serrées et répond à la *partie supérieure du jéjunum*.

Il s'agissait de sténoses tuberculeuses.

Le malade a été opéré par entéro-anastomose.

OBSERVATION X

MATHIEU. — *Etude clinique sur l'occlusion lente et progressive de l'intestin grêle.* (Gaz. des Hôp. 1913, page 917).

Au paragraphe qui s'occupe de l'occlusion lente du jéjunum nous lisons l'observation suivante :

Homme de 58 ans, dont les accidents intestinaux remontent à plusieurs années.

Depuis trois ans les douleurs sont continues avec des paroxysmes nocturnes. Tendance à la constipation ; amaigrissement de 20 kilos.

Le malade avait observé au moment des crises des contractions se montrant sous forme de saillies visibles au pourtour de l'ombilic.

Les douleurs étaient si vives que le malade devint un petit morphinomane.

Les vomissements étaient plutôt rares ; à trois ou quatre reprises depuis le début des accidents, il présenta des vomissements alimentaires provenant de ses repas d'un volume de trois quarts de litre environ.

La constipation était légère et jamais il ne se produisit de débâcle diarrhéique.

A l'examen c'était un malade cachectique. En le découvrant à certains moments, par crises, on apercevait au niveau de l'abdomen, autour de l'ombilic des contractions péristaltiques très visibles dessinant plusieurs globes juxtaposés, se produisant de gauche à droite, s'accompagnant de douleurs vives et se terminant par un gargouillement.

Pendant que se produisaient ces saillies, lorsque l'on pratiquait la succussion digitale, on percevait un clapotage analogue à celui qui se constate au niveau d'un estomac très dilaté.

En présence de ces symptômes on pouvait se deman-

der s'il ne s'agissait pas d'une sténose pylorique avec grande dilatation de l'estomac et contractions péristaltiques exagérées.

Contre cette hypothèse, il y avait la localisation exclusive de la saillie et des bruits à la partie inférieure de la région épigastrique et l'aspect plurilobaire des ondes péristaltiques donnant l'idée plutôt de mouvements se passant au niveau de la partie supérieure de l'intestin grêle que de l'estomac.

Nous avons un moyen de contrôler cette impression : à la radioscopie on vit un petit estomac oblique de gauche à droite, ne correspondant nullement à la zone des contractions et du clapotage.

On remarquait une dilatation de la partie supérieure de l'intestin grêle.

A l'opération le professeur LEJARS trouva les anses grêles dilatées et une *sténose annulaire* scléreuse blanchâtre d'aspect squirreux.

OBSERVATION XI

DIMITRIJE ANTITCH. — *Annales de Médecine et de Chirurgie*, 1928 (résumée).

M. G..., fonctionnaire, âgé de 30 ans, entre dans le service le 3 novembre 1926. Antécédents familiaux insignifiants, pas de tuberculose.

Histoire de la maladie : la maladie a débuté par des coliques légères qui survenaient une ou deux fois par an, de 1923 à 1925, après les repas et ne duraient que quelques minutes; jamais de vomissements. Au mois d'août 1925, le malade ressentit des points de côté à la partie inférieure de l'hémithorax droit qui furent suivis de fièvre accompagnée de toux et de sueurs nocturnes, sans crachements de sang. La même année le malade ressentit un jour assez subitement des douleurs et une

pesanteur dans la région épigastrique. Ces douleurs se renouvelèrent plus tard à plusieurs reprises survenant généralement une demi-heure après un repas copieux et durant de 1 heure à 1 heure et demie. Elles furent accompagnées plusieurs fois de vomissements de liquide verdâtre, amer et acide, contenant parfois des traces d'aliments ingérés la veille; ces vomissements soulageaient le malade et les douleurs diminuaient dans le décubitus latéral gauche accroupi. Parfois le malade ressentait des crampes au-dessous du rebord costal gauche avec irradiations du côté gauche. Constipé chroniquement il présenta à deux reprises des selles noires marc de café. A cette époque il perdit 5 kilos en six mois. Après quelques jours passés à l'hôpital de Vrchatz et un court séjour aux bains de Lipik, le malade se sentit tout à fait bien jusqu'à il y a un mois et demi environ.

Le début de la maladie actuelle qui remonte donc à six semaines avant son entrée dans le service fut assez brusque et se manifesta par de la pesanteur, des douleurs et des coliques abdominales siégeant au-dessus et à gauche de l'ombilic sous le rebord costal; douleurs apparaissant une demi-heure après un repas un peu copieux accompagnées de vomissements au début amers puis acides; le liquide vomi contient des aliments ingérés le jour même et souvent aussi la veille. Après les vomissements le malade se sent soulagé de telle sorte qu'il provoque souvent lui-même les vomissements. Jamais d'hématémèse.

A l'examen clinique. — Amaigrissement assez marqué, langue bonne.

On note une sensibilité à la pression dans les deux hypocondres, mais plus marquée à gauche. Une seule fois on a surpris le péristaltisme gastrique.

Urines normales sauf augmentation de l'indican.

Le sondage gastrique à jeun fournit 230 cm³ de contenu avec traces d'aliments ingérés la veille.

Examen radioscopique. — Estomac légèrement ptosé, mobile. Le péristaltisme est vif avec des ondes très profondes. Les zones douloureuses sont la région du plexus cœliaque et la petite courbure. La partie supérieure du duodénum est dilatée et remplie de baryum. La partie verticale du duodénum semble sténosée; l'évacuation complète de l'estomac et du duodénum n'a lieu qu'après six heures.

On fait le diagnostic de sténose de la portion verticale du duodénum par ulcus.

A l'opération, le Professeur KOSTITCH trouva une *dou-
ble sténose infraduodénale du jéjunum*, au voisinage du duodénum, avec dilatation du duodénum et de l'estomac. Il s'agissait d'une sténose tuberculeuse.

Gastro-entérostomie ; guérison.

OBSERVATION XII

DIMITRIJE ANTITCH. — *Annales de Médecine et de Chi-
rurgie*, 1928. Fascicule 1, p. 77 (résumée).

N. P., paysanne de 29 ans, entre dans le service le 18 octobre 1924. Pas de tuberculose dans sa famille. Antécédents personnels : trois enfants bien portants, pas de fausses-couches; fièvre typhoïde en 1919; pas d'antécédents bacillaires.

Histoire de la maladie : Le début de l'affection actuelle remonte au mois d'avril 1924, c'est-à-dire à 6 mois avant son entrée à l'hôpital. Brusquement, une demi-heure après un repas copieux, la malade ressentit une forte douleur en coup de poignard dans le creux épigastrique avec irradiations dans la région lombaire. Cette forte douleur fut suivie immédiatement de vomissements liquides verdâtres et amers, puis alimentaires. Depuis lors, presque chaque jour, la malade ressent des douleurs, pas très marquées d'ailleurs, survenant une heure après

les repas. Ces douleurs sont soulagées par les vomissements. La malade se sent bien lorsqu'elle est à jeun. Parfois mais rarement, il lui arrive de vomir les aliments pris la veille. Avec le début de la maladie s'est établie une constipation assez opiniâtre, légèrement améliorée par une cure hydro-minérale suivie au mois de juillet à Vrnjatchka-Banja. Depuis deux semaines on note une augmentation de l'intensité et de la fréquence des douleurs et des vomissements ainsi que de la constipation. Pendant toute la durée de la maladie il n'y pas eu d'hématémèse ni de melæna. Jamais d'élévation thermique. La malade a maigri d'environ 5 kilogs depuis le début de la maladie.

A l'examen clinique on constate un ventre souple, avec deux points douloureux à la pression, l'un situé à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, l'autre moins marqué, à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

Le foie et la rate sont normaux. Il n'existe pas de lésions des divers organes.

Les urines sont normales, sauf augmentation de l'indican. Les réactions de Weber et Adler sont positives dans les selles.

Le sondage gastrique à jeun ramène 390 cm³ de liquide contenant de nombreux détritits d'aliments ingérés la veille.

L'examen radioscopique montre un estomac ptosé, en forme de cuvette, mobilisable. Un bulbe assez grand, à contours peu nets, sensible à la pression. Péristaltisme assez vif au début pendant les 5 à 10 premières minutes suivi d'atonie complète. Après 4 h. 1/2 tout le baryum se trouve encore dans l'estomac.

Le diagnostic clinique porté est celui de sténose du pylore par ulcus.

Opération le 27 octobre 1924 (Prof. KOSTITCH) : Estomac, pylore et duodénum normaux; à 10 cm. de l'angle duodéno-jéjunal, le jéjunum présente une sténose de

2 cm. de consistance dure, qui ne saurait laisser passer que le bout de l'index. Il s'agit vraisemblablement d'une sténose par cicatrice d'ulcère tuberculeux.

On fait une gastroentérostomie postérieure transmésocolique. Guérison.

OBSERVATION XIII

DENIS et CHARRIER. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1922, p. 203.

Malade de 55 ans, habitant le Médoc, est reconnue atteinte d'un diabète arthritique en 1920, ce diabète est bénin et cède rapidement au régime pour ne plus reparaître.

Un an après environ, en avril 1921, cette malade revient trouver son médecin traitant, le Docteur J. DENIS, pour des troubles digestifs qui sont apparus depuis deux mois et la préoccupent: il s'agit de vomissements extrêmement abondants, liquides et de couleur verte. Le 8 mai, premier lavage d'estomac qui ramène 2 litres d'un liquide très vert. Du 11 au 16 mai, en dépit de l'évacuation de la veille, le tubage gastrique ramène un liquide toujours aussi abondant (environ 2 litres et toujours aussi vert).

En dehors de ce phénomène, on ne relève rien autre de particulier si ce n'est un syndrome de déshydratation rapidement grave: langue sèche, peau sèche, fonte rapide du tissu adipeux, pouls rapide, hypotension, voix faible, urines rares.

Cependant, rien d'anormal du côté des selles, pas d'ictère ni même de subictère.

L'exploration de l'abdomen ne révèle rien d'anormal; on ne perçoit l'existence d'aucune tumeur.

L'examen radioscopique qui ne put être pratiqué que dans la station debout, à jeun et après repas bismuthé, ne révèle rien de précis. Il permet cependant de constater

qu'il était tout à fait impossible de distinguer la région pyloro-duodénale.

En présence d'une situation aussi grave, nous portons le diagnostic d'occlusion sous-vatérienne, soit par calcul biliaire, soit par tumeur, mais, nous décidons de surseoir, du moins momentanément, à toute intervention chirurgicale que la malade n'aurait pu vraiment supporter. Nous nous efforçons au contraire d'instituer un traitement réconfortant par d'abondantes instillations rectales de sérum, par des injections d'huile camphrée et du sérum sous-cutané adrénaliné. Suppression complète de toute alimentation buccale.

Pour apprécier le degré d'occlusion, on fait absorber à la malade un certain nombre de rondelles de carottes et nous constatons que le lendemain une partie importante de ces rondelles a franchi l'obstacle et fait son apparition dans les selles.

Nous devons ajouter que dans ces dernières il n'y avait aucune trace de sang.

Le 2 juin, la malade se sentant beaucoup mieux et conservant, sans avoir de vomissements, des aliments légers, désire rentrer chez elle et achever de se rétablir.

Ce ne fut là qu'une trêve de courte durée. Le 6 juin, reprise des mêmes vomissements toujours très abondants et verts, elle revenait à la maison de santé. Le 9 juin, après avoir été soumise au même traitement qui l'avait déjà améliorée, elle est opérée; l'intervention permet de constater que *l'obstacle siège sur le jéjunum, à quinze centimètres environ de son origine* et qu'il s'agit d'un néoplasme. A ce niveau l'intestin grêle est étranglé par une zone très étroite de tissu très dur, circonscrite, comparable à une ligature que l'on aurait effectuée sur ce segment intestinal. Au-dessus, le jéjunum est fortement élargi, ses parois sont très rouges et très épaissies, au-dessous, l'intestin est au contraire diminué, de consistance et d'aspect normaux. Pas de ganglions, aucune

adhérence. Résection intestinale portant sur 5 ou 6 centimètres au-dessus et au-dessous de la lésion avec détachement du coin mésentérique correspondant. En présence de l'inégalité circonférencielle des deux bouts intestinaux, on fait une anastomose termino-latérale

Suites opératoires parfaites. Reprise de l'alimentation liquide le lendemain; purées de légumes le douzième jour; fils enlevés à cette date.

Plus un seul vomissement, l'état général s'améliore à vue d'œil.

Quatre mois après, on constate l'existence d'une grosse masse collée à la colonne vertébrale. Récidive.

L'examen histologique pratiqué par les Docteurs A. BONNARD et Pierre PRÉCHAUD révéla les caractères de malignité de la tumeur et autorisa le diagnostic d'épithéliome cylindrique.

OBSERVATION XIV

ROUTIER. — *Bulletins Société Chirurgie Paris, 1898-1902*
(résumées)

Homme ayant depuis deux ans des digestions laborieuses. Ces derniers temps sont apparus des vomissements se produisant de deux à trois heures après les repas, et constitués par un liquide filant, très acide et très amer, souvent teinté de vert. L'amaigrissement du malade est rapide.

A l'opération on trouve une tumeur annulaire à trente centimètres du croisement du duodénum par l'artère mésentérique (environ *vingt centimètres au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal*).

OBSERVATION XV

ROUTIER

Femme de 35 ans présentant depuis deux mois des vomissements très copieux, colorés en vert, se produi-

sant tous les jours un certain temps après les repas; ni mélæna, ni hématomèse.

La laparotomie montra une tumeur dure située à *vingt centimètres de l'angle duodéno-jéjunal*.

OBSERVATION XVI

BRISSET. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie de Paris*, 1925, t. LI, p. 658-666 (résumée)

Homme, 62 ans, présentant depuis un mois des vomissements alimentaires abondants et ramenant des aliments ingérés la veille et l'avant-veille.

Le diagnostic clinique fut celui de sténose pylorique.

Opération: *Tumeur située à 40 cm. au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal.*

La dilatation au-dessus de l'obstacle est très marquée.

L'examen histologique montra un épithélioma atypique.

OBSERVATION XVII

BARJON. — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon. Séance du 1^{er} avril 1930. Lyon médical* 1930, p. 763.

J'ai eu l'occasion de voir, à l'hôpital de la Croix-Rousse, un cas de sténose du grêle à *quarante centimètres du duodénum*; les signes cliniques faisaient pencher pour une sténose gastrique, l'examen radioscopique était plus en faveur d'une sténose du grêle: mais on pouvait discuter et interpréter l'image radioscopique comme une biloculation gastrique. Suivant le conseil donné par Bouveret d'examiner ces malades après insufflation gastrique, nous avons pratiqué cette insufflation, mais elle a réalisé une distension des deux poches et on crut pouvoir conclure à une biloculation gastrique. L'intervention montra que l'obstacle était intestinal, mais le malade succomba, ce qui confirme la gravité de ces cas.

OBSERVATION XVIII

PIC, VACHEZ et BOUYSSSET. — *Lyon Médical*, 1930, p. 760.

G. F. est une malade âgée de 35 ans. Elle est entrée à la salle Saint-Roch, le 18 février 1930, envoyée par le Docteur de Lagenest (de Thizy), pour vomissements continus avec douleurs abdominales.

Elle n'a aucun antécédent d'aucune sorte, ni bacillose, ni spécificité. Elle n'a eu ni enfant, ni fausses couches. Elle n'a jamais souffert de l'estomac.

C'est au mois d'octobre dernier que les premiers symptômes de l'affection sont apparus sous forme de vomissements alimentaires survenant cinq heures après les repas, accompagnés de pesanteurs plutôt que de douleurs gastriques vrais. Elle n'eut jamais d'hématémèses, jamais de *melæna*.

Ce n'est guère que trois semaines avant son entrée à l'hôpital que les symptômes se modifièrent: les vomissements se firent plus abondants et plus fréquents, se répétant deux fois par jour; les douleurs abdominales se firent aussi plus violentes avec crises paroxystiques très pénibles. En même temps, il semble qu'apparut une ébauche de syndrome d'obstruction intestinale, mais syndrome très flou que l'on ne reconstitua que plus tard en voyant les lésions locales et par un interrogatoire minutieux. En tous les cas à l'entrée de la malade à l'hôpital, il n'attirait nullement l'attention et celle-ci se présenta comme une malade qui était atteinte de vomissements incessants, constitués par de la bile pure.

Orienté déjà par ces signes fonctionnels vers le diagnostic de sténose sous-vatérienne du duodénum, il semblait que l'on reçut confirmation de cette opinion par l'examen physique; on constatait la présence d'ondes péristaltiques vigoureuses à siège sus et sous-ombilicales, accompagnées d'un clapotage considérable à la palpation au niveau de la fosse iliaque gauche. En outre, il existait

une petite tumeur du volume d'une petite mandarine, très mobile et ne donnant pas le contact lombaire. Son interprétation demeurait difficile.

L'examen de la malade était par ailleurs négatif; l'on était seulement frappé par son état d'amaigrissement, de déshydratation avec anurie, état qui paraissait bien explicable au cours d'une sténose duodénale.

Un examen radioscopique fut aussitôt pratiqué et permit de constater trois faits importants:

L'estomac n'était pas dilaté immédiatement après l'absorption de la bouillie opaque, mais parcouru par des ondes énergiques;

Il y avait de l'incontinence pylorique manifeste; l'estomac s'évacuait avec une rapidité extraordinaire dans le duodénum;

Le duodénum était considérablement dilaté dans les première et deuxième portions; la bouillie stagnait dans sa troisième partie.

Un cliché fut pratiqué qui fixa l'image.

Mais quatre heures après l'on revit la malade à l'écran. Un nouveau cliché fut pratiqué: plus intéressant que le précédent, il montrait la formation de trois niveaux liquidiens: l'un gastrique, le deuxième dans le duodénum, le dernier enfin dans le grêle. Dès lors, l'on était conduit à réformer le diagnostic primitif et à reporter sur le grêle le siège de la sténose entrevue.

Deux jours après le Professeur Patel pratiquait une laparotomie chez cette malade. L'on constatait alors que la tumeur perçue très dure et d'aspect en virole, *siégeait sur le jéjunum, à cinquante centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal*; la dilatation sus-stricturale de l'intestin était considérable, dépassant le calibre du côlon; il existait quelques ganglions durs dans le mésentère. On pratiqua une anastomose latéro-latérale de l'intestin au bouton, se réservant d'intervenir plus complètement dans un deuxième temps.



G. F... Salle *Saint-Roch* (OBS. XVIII)

Par la suite, la malade se remit assez bien; elle put se réalimenter; des selles réapparurent d'aspect normal; la diurèse augmenta.

Mais vers le douzième jour, la malade présenta un peu de météorisme, un état général fléchissant, un pouls plus rapide et mourut sans phénomènes particuliers.

L'autopsie pratiquée permit d'enlever la pièce pour un examen anatomo-pathologique; l'histologie montra qu'il s'agissait d'un épithélioma primitif et cylindrique de l'intestin grêle (Docteurs Martin et Dechaume).

OBSERVATION XIX

AIZNER. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1909, t. 101, p. 474 (résumée)

Homme de 57 ans souffrant de l'estomac depuis sept mois. Les douleurs surviennent habituellement trois à quatre heures après les repas et sont suivies de vomissements parfois alimentaires parfois bilieux. Il y a absence d'HCL libre dans les vomissements. L'amaigrissement du malade est considérable.

A l'examen, on constate des ondes péristaltiques gastriques assez intenses. Après l'insufflation gastrique on a l'impression d'une poche descendant jusqu'au pubis.

Le diagnostic porté est celui de cancer sténosant du pylore.

A l'intervention, on trouve une tumeur sténosante sur le jéjunum à cinquante centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. Résection de la tumeur. Mort au troisième jour, d'insuffisance cardiaque.

OBSERVATION XX

WHITTEMORE. — *Yale M. J. New Heaven*, 1908-1909, XV, p. 124-127.

Homme de 52 ans, malade depuis quatre ans. Il y a deux ans, on voulut l'opérer pour cancer gastrique. Ac-

tuellement il éprouve une sensation de plénitude environ quinze minutes après les repas. Cette sensation est suivie au bout d'un temps variant d'une demi-heure à quatre heures d'un vomissement contenant le plus souvent des aliments pris la veille mais jamais de sang. Les douleurs, sauf quelques coliques sont peu marquées. La constipation est opiniâtre. L'amaigrissement est de 40 livres.

A l'examen, on constate une distension de l'abdomen supérieur, des contractions péristaltiques à ce niveau.

Les tentatives d'insufflation sont infructueuses (point important pour éliminer la dilatation stomacale due à un carcinome du pylore).

L'estomac à jeun contient des débris alimentaires pas de traces d'HCL ni d'acide lactique.

Dans les vomissements on releva fréquemment la présence de bile.

La palpation révélait deux petites tumeurs: l'une mobile était le néoplasme, l'autre fixe était une métastase ganglionnaire.

L'opération montra un cancer annulaire typique du jéjunum à *vingt pouces (cinquante centimètres)* au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal.

L'anse sus-jacente était très dilatée jusqu'au niveau de cet angle et simulait un estomac; il y avait une volumineuse métastase au niveau de l'angle duodéno-jéjunal qui empiétait sur l'intestin et des métastases au niveau du foie.

OBSERVATION XXI

KUMMER. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1910.

Mme R..., 53 ans, présente depuis quatre mois des vomissements; d'abord intermittents ils sont devenus plus fréquents et actuellement quotidiens.

Ces vomissements sont alimentaires, parfois aqueux et bilieux, mais toujours très abondants.

Des douleurs sont ressenties au niveau du creux épigastrique immédiatement avant le vomissement qui soulage la malade.

Mme R... a maigri, elle est pâle, sa langue est lisse et rouge; le pouls bat à 90.

A l'examen on constate un estomac volumineux descendant jusqu'à la symphyse; le pylore est senti, pas de douleur à la pression.

On ne pose pas de diagnostic ferme. L'état de la malade impose une laparotomie.

On constate alors une *sténose du jéjunum, cinquante à soixante centimètres au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal*.

La partie du jéjunum supérieure à la sténose, le duodénum et le pylore sont dilatés.

La sténose est le fait d'une tumeur dure bosselée. Exérèse.

Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma.

La malade a été revue en bonne santé 7 ans après.

OBSERVATION XXII

MALLET-GUY. — *Lyon Médical*, 1928, p. 247.

Le malade est un jeune garçon, âgé de 14 ans, qui entre le 6 septembre 1927 dans le service de M. le Docteur Gardère.

Père bien portant, mère morte tuberculeuse.

Deux frères bien portants, une sœur hospitalisée pour tuberculose pulmonaire.

A 12 ans, poussée de bacillose traitée à la Charité et pendant trois mois à Giens. Il revient en excellent état, ayant repris plusieurs kilogrammes.

Depuis, l'enfant se porta très bien, ne toussant plus, ayant repris l'appétit. Cependant, depuis longtemps déjà, il présentait des diarrhées intermittentes, durant deux à trois jours, puis tout rentrait dans l'ordre.

L'affection actuelle débuta, il y a trois mois, par la perte progressive de l'appétit, la lenteur très pénible des digestions et un ballonnement intense. Enfin depuis deux mois sont survenus des vomissements sans horaire fixe, apparaissant surtout la nuit mais aussi la journée. Ils renferment des aliments digérés en une bouillie méconnaissable.

A l'examen, à l'entrée on note l'amaigrissement très marqué de l'enfant qui a surtout changé depuis un mois. Température normale. Pas d'albumine dans les urines.

L'examen de l'abdomen montre, lorsque l'enfant a mangé depuis plusieurs heures, des ondes péristaltiques qui se dessinent depuis la fosse iliaque gauche jusqu'aux fausses côtes droite. Parfois ce signe est réduit à une simple tension intermittente de la région. Ces phénomènes apparaissent assez facilement, par pincement de la paroi par exemple. Enfin on peut noter un clapotage très net alors que le malade est à jeun depuis plus de cinq heures.

On ne perçoit aucune tumeur. Pas de points douloureux. Toucher rectal négatif.

Le 5 novembre 1927, on remarque que l'état général reste médiocre, mais ne semble pas avoir périclité davantage. Les vomissements sont moins fréquents et moins abondants. Ils contiennent toujours peu d'aliments différenciés et sont bilieux. L'examen de la région épigastrique montre l'existence d'une tension intermittente de l'estomac avec ondes péristaltiques provoquées par la percussion légère et léger clapotage. On note des signes plus variables dans l'étage inférieur de l'abdomen et en particulier dans la fosse iliaque gauche où se dessine parfois une tuméfaction allongée, parcourue d'ondes péristaltiques et antipéristaltiques avec gargouillement.

Un premier examen radioscopique est pratiqué alors: pas de résidu gastrique à jeun, estomac de contours nets, peu dilaté, descendant au niveau des crêtes iliaques, se contractant énergiquement. Les bouchées franchissent

facilement le pylore et dessinent le duodénum avec netteté. Là persiste une tache barytée indiquant une stase anormale.

Assez rapidement, la bouillie passe dans le grêle et dessine le cæcum et le côlon ascendant. Sensible hypokinésie dans cette traversée.

Un lavement bismuthé montre une ampoule rectale très dilatée remplissant le pelvis. Le côlon gauche semble normal.

M. le Docteur Gardère ayant bien voulu me confier ce malade pour un examen au tube d'Einhorn, je pratique le 1^{er} décembre 1927 un tubage duodénal.

Le tube est dégluti à 17 h. 15 et le lendemain, à 7 heures, on retire à jeun 800 centimètres cubes d'un liquide tout à fait spécial, ressemblant à une purée de pois, comparable au liquide vomé habituellement. Il est épais et semble bien venir du duodénum. Il est homogène et ne contient pas de crachats déglutis ni d'aliments reconnaissables. Il ne vient pas d'air comme lorsqu'on est dans l'estomac.

Progressivement le liquide se fonce, devient vert en gardant à peu près les mêmes caractères.

Au bout d'un certain temps, on entend des gargouillements, tandis que se dessine l'estomac sous la paroi. A la suite de ces ondes péristaltiques, l'écoulement, qui s'était ralenti, semble avoir repris de l'abondance, comme si l'estomac venait de se vider dans le duodénum.

Ces ondes péristaltiques vont de l'hypocondre gauche à l'hypocondre droit et se prolongent en bas, dessinant autour de l'ombilic le trajet du duodénum. Dès qu'elles atteignent la ligne médiane, les ondes disparaissent et des gargouillements se font entendre.

Après injection de la solution de Meltzer-Lyon, on retire d'abord un liquide correspondant au lavage de la poche, puis un liquide jaune paraissant être de la bile fraîche, signant le siège sous-vatérien de la sténose. Un

liquide plus verdâtre est ensuite recueilli, correspondant peut-être à la bile B.

L'examen de ces liquides recueillis a montré l'absence d'HCl libre, la présence d'HCl combiné (0,22 p. 1000), pas d'acides de fermentation; sels biliaires très nettement présents, de même que pigments biliaires.

Le malade passe alors dans le service de mon Maître, M. le Professeur Bérard, en vue de remplir l'indication chirurgicale posée par le diagnostic de sténose haute du grêle, sténose sous-vatérienne.

Le 7 décembre 1927, un deuxième *examen radiologique* est pratiqué et montre à jeun l'existence d'une bulle d'air gastrique, assez grosse et haut située; au-dessous une deuxième bulle d'air est visible, avec également un niveau liquide, à quatre, travers de doigts au-dessous et plus près de la ligne médiane.

La bouillie barytée descend dans l'estomac *en cascade*, remplissant seulement le bas-fond, la plus grande partie de l'estomac étant remplie par du liquide de stase.

Deux heures après, aucune évacuation malgré des contractions gastriques nettement visibles.

Le soir à 17 heures: estomac très dilaté par la bouillie barytée, ombres disséminées au niveau du grêle et dans le cul-de-sac cæcal.

Le lendemain on cherche à confirmer ces notions par un nouvel examen radiologique pratiqué cinq heures après l'ingestion d'une soupe opaque: petit estomac refoulé en haut comme par un kyste du pancréas, et là on voit une ombre en fer à cheval dessinant le trajet du duodénum.

Ces nouveaux examens ont montré l'évolution ascendante de la dilatation sus-strieturale qui épargnait l'estomac lors la première radioscopie.

Avant l'intervention, le tube d'Einhorn étant laissé plusieurs jours en place, on assure la vidange et le lavage du segment gastro-intestinal dilaté.

Le 10 décembre 1927: Intervention (MM. Mallet-Guy, Heitz). Laparotomie transombilicale. L'intestin grêle dilaté est dévidé à partir de l'angle duodéno-jéjunal. A un mètre environ de ce point, l'intestin disparaît dans la partie droite de la racine du mésocôlon. On pense à une hernie rétro-duodénale. En réalité, l'anse est incarcérée dans une fossette limitée au haut par le mésocôlon, en arrière par la troisième portion du duodénum, en avant et à gauche par une bride, reliquat d'une péritonite antérieure. Cette fossette est ouverte à droite.

Ayant libéré cette anse non adhérente dans sa fossette, on voit nettement que l'intestin est rétracté plus bas. *Aucune lésion pariétale*. Sous la pression du doigt, le contenu intestinal chemine normalement.

Suppression de l'agent d'incarcération: section transversale de la bride pathologique et suture longitudinale.

Suites opératoires parfaites: gaz le deuxième jour. Ablation des fils le 16 décembre, cicatrisation *per primam*. L'opéré va deux fois par jour à la selle. Appétit excellent.

Le 29 décembre, un examen radioscopique montre l'estomac vide cinq heures et demie après l'ingestion d'une bouillie opaque.

L'opéré est revu le 14 mars, ayant repris un état général florissant; il pèse actuellement 52 kilogrammes, alors qu'avant l'intervention son poids était tombé à 36 kilogrammes.

OBSERVATION XXIII

In BERNAY, p. 188. MATAS, *The Philadelphia Medical Journal*, july 1898, vol. II, p. 73.

Homme, 46 ans, souffrirait de douleurs abdominales depuis longtemps. Il y a deux mois les douleurs furent plus violentes et s'accompagnèrent de constipation, de vomissement et de fièvre. Ces symptômes s'atténuent

et laissent une masse localisée à gauche de l'ombilic et dans la région lombaire. On fait le diagnostic de rein flottant.

Peu après, M. MATAS l'examine: vomissements alimentaires deux heures après l'ingestion d'aliments, douleurs intolérables dans l'hypochondre gauche et au niveau de l'ombilic, douleurs accompagnées de nausées persistantes et de vomissements

Ces douleurs étaient si intenses qu'il fallait de grandes doses de morphine pour les calmer.

Le moindre aliment solide faisait apparaître les accès douloureux. Le malade décrivait ses douleurs comme des coliques constrictives et déchirantes, ces contractions intestinales étaient perçues au début de la crise mais bientôt la paroi abdominale se contractait. Constipation habituelle avec quelques alternatives de diarrhée.

Opération: Laparotomie sus-ombilicale: anse grêle recourbée en forme Ω . On vit que cette anse appartenait au jéjunum et qu'elle présentait plusieurs points dilatés et plusieurs points rétrécis. Le point le plus haut était à environ 1 m./20 du pylore. On enleva cette anse et le malade guérit.

CHAPITRE III

Considérations anatomo-pathologiques, étiologiques et générales

Nous croyons devoir jeter maintenant un rapide coup d'œil sur les lésions des sténoses jéjunales que nous étudions.

La lecture de nos vingt-trois observations met en évidence: le cancer, la tuberculose, les brides péritonéales (en général d'origine tuberculeuse) et enfin les tumeurs du mésentère.

Ces lésions, nous les rencontrons avec des fréquences très diverses.

Nous avons :

15 cas de cancer ou	65 %
4 cas de tuberculose ou	17,5 %
2 cas de brides (d'origine tuberculeuse) ou..	8,5 %
1 cas de tumeur du mésentère ou	4,2 %

La plus fréquente des causes, le *néoplasme*, se manifestant sous différentes modalités : épithélioma, carcinome, sarcome, entraîne la sténose par bourgeonnement ou par adénopathie.

La *tuberculose* engendre un rétrécissement soit par la cicatrisation des ulcérations intestinales, soit par un processus de sclérose associé aux ulcérations, soit par la formation de brides consécutives à une péritonite plastique.

D'après PATEL, les ulcérations tuberculeuses entraînant une sténose se rencontrent sur tout le trajet du grêle, mais plus particulièrement sur le jéjuno-iléon, et dans une proportion de 28 % dans la première partie et 72 % dans la dernière.

Enfin, notre cas de *tumeur du mésentère* nous montrant tout d'abord la rareté de cette éventualité nous permet de constater la possibilité pour une tumeur extrapariétale, d'entraîner une sténose jéjunale.

Les recherches que nous avons effectuées dans la littérature médicale nous ont permis de réunir vingt-deux cas analogues à celui de M. le Professeur CADE (obs. I).

Le petit nombre de ces observations : vingt-trois au total, recueillies au cours de trente-deux années (la plus ancienne datant de 1898) nous fait tout de suite penser à la rareté de ces faits.

Ceci tient à deux causes :

Tout d'abord les sténoses de la portion haute du jéjunum se présentent plus volontiers avec une symptoma-

tologie purement intestinale et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on pourra retrouver la symptomatologie pyloro-duodénale; nous n'en pouvons pas préciser le pourcentage mais, *a priori*, il est certainement très faible.

Il faut noter ensuite que la localisation jéjunale des lésions anatomo-pathologiques pouvant entraîner une sténose est rare :

a) Le cancer. Citons ici la statistique de KÖHLER rapportée par EICHORST: sur 34 cas de cancer intestinal, il a trouvé :

Cancer du gros intestin 22, soit 65 %; cancer de l'intestin grêle 12, soit 35 %; cancer du duodénum 9, soit 76 % des cancers de l'intestin grêle et 26 % des cancers intestinaux; cancer du jéjuno iléon 3, soit 24 % des cancers de l'intestin grêle et 9 % des cancers intestinaux.

Cette statistique met bien en relief la rareté de la localisation jéjunale des cancers qui est cependant la cause la plus fréquente des sténoses jéjunales.

b) Pour la tuberculose, nous avons mentionné les chiffres donnés par PATEL: 28 % seulement des ulcérations tuberculeuses se rencontrent sur le jéjunum; 72 % sur l'iléon.

c) Les sténoses d'une autre origine sont aussi peu fréquentes. Sur nos vingt-trois cas, nous avons une sténose par tumeur du mésentère (PÉTROW, obs. V) et deux sténoses par bride (PATEL, obs. II et MALLET-GUY, obs. XXII) et encore les brides sténosantes de ces deux dernières observations étaient-elles d'origine tuberculeuse.

La hauteur des lésions jéjunales qui entraînent une

symptomatologie pyloro-duodénale impose quelques considérations. Nos observations nous apprennent que jusqu'à 1 m. 20 du pylore, c'est-à-dire environ 1 mètre de l'angle duodéno-jéjunal on peut retrouver cette symptomatologie. Toutefois, il est bon de noter que nos deux dernières observations (MALLET-GUY, obs. XXII, MATAS, obs. XXIII) ne présentent pas une symptomatologie pyloro-duodénale aussi nette que les précédentes. Jusqu'à l'observation de KUMMER (obs. XXI), les signes pyloro-duodénaux sont indiscutables: dans ce cas, la sténose siégeait à 60 cm. de l'angle duodéno-jéjunal. Il est bien probable que c'est là la limite inférieure des lésions pouvant entraîner une véritable symptomatologie pyloro-duodénale. Une sténose sous-jacente peut donner ce tableau d'emprunt mais avec moins de netteté et très rarement.

Ainsi donc la séméiologie de la portion haute du jéjunum (jusqu'à 1 m. au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal) doit s'enrichir pour quelques cas de la symptomatologie pyloro-duodénale.

Malgré leur rareté, la connaissance de ces faits est intéressante pour éviter par un examen minutieux une erreur de diagnostic facile. Et ceci est d'autant plus important que le diagnostic fait comporte une sanction thérapeutique; il est bien évident qu'un diagnostic précoce rend possible une intervention utile, soit exérèse d'une tumeur encore bien localisée, exérèse qui, si elle ne sauve pas toujours le malade, peut tout au moins déterminer une survie intéressante, soit dérivation (gastro-entérostomie ou duodéno-jéjunostomie).

D'autre part, l'état général étant très vite déficient (la

lecture de nos observations le prouve), il importe de ne pas retarder une intervention chirurgicale que le malade ne pourrait bientôt plus supporter.

La connaissance de ces faits comporte une autre sanction pratique : lors d'une intervention chirurgicale pour sténose du pylore, il faut, lorsque l'examen du pylore est négatif, explorer non seulement le duodénum mais encore les premières anses grêles.

Sur les vingt-deux cas que nous avons pu réunir, neuf d'entre eux présentaient une symptomatologie si nette que le diagnostic clinique porté fut celui de sténose pylorique (CROWTHER, obs. IV. TATLOW, obs. VI. BERNAY, obs. IX. DIMITRIJE ANTICH, obs. XI et obs. XII. CHARRIER et DENIS, obs. XIII. BRISSET, obs. XVI. BARJON, obs. XVII. AIZNER, obs. XIX).

Il en fut ainsi du cas qui fit le point de départ de notre travail ; rappelons les termes de l'observation : « Devant la netteté des signes cliniques le diagnostic ferme de sténose du pylore par cancer est établi ».

Dans trois autres cas, le diagnostic clinique erroné fut rétabli par l'examen radioscopique (D'ALLAINES, obs. VIII. MATHIEU, obs. X. PIC, VACHEZ et BOUYSET, obs. XVIII).

Pour les dix autres, on ne mentionne pas de diagnostic.

En somme, pour dix-neuf cas la localisation jéjunale de la sténose fut une découverte de l'intervention chirurgicale ou de l'autopsie.

CHAPITRE IV

Les différents symptômes pyloriques et duodénaux dans les sténoses hautes du jéjunum

La lecture de nos seize cas de sténoses hautes du jéjunum va nous permettre de mettre en lumière une symptomatologie qui est loin d'être classique.

MM. TRÉMOLIÈRES et CAUSSADE, dans le traité de médecine de ROGER, WIDAL, TEISSIER, reconnaissant la symptomatologie pyloro-duodénale pour les sténoses de l'angle duodéno-jéjunal, affirment pour celles de l'intestin grêle l'absence de dilatation stomacale, douleurs tardives, reflux continu de bile et de suc pancréatique dans l'estomac.

Nos recherches dans la littérature nous ont cependant permis de rassembler quelques passages qui prouvent bien que certains auteurs ont entrevu la possibilité d'une symptomatologie pylorique dans les sténoses hautes du jéjunum.

MATHIEU et J.-Ch. ROUX, en 1911, ont consacré quelques lignes à ce fait dans leur livre de pathologie gastro-intestinale. Ils écrivent :

« Plus intéressants encore sont les cas dans lesquels une semblable dilatation de l'intestin grêle simule, à s'y méprendre, une grande dilatation de l'estomac. Les malades souffrent dans la région épigastrique ou dans la région sus-ombilicale tout entière. Ils ont des vomissements répétés, présentant le caractère des vomissements de stase et jamais celui des vomissements fécaloïdes. Lorsqu'on les examine, on constate un clapotage énorme qui présente la localisation et les caractères du clapotage gastrique consécutif à une sténose du pylore. Aussi le médecin est-il très surpris lorsque, après avoir introduit la sonde dans l'estomac, il ne ramène rien ou qu'il ramène seulement une très petite quantité de liquide. Dans ces conditions, l'idée d'une biloculation gastrique vient naturellement à l'esprit; il importe, en cas semblables, de penser à la sténose du grêle et de pratiquer, au besoin, un examen radioscopique qui lèvera immédiatement tous les doutes. »

En dehors de ce passage de MATHIEU et J. C. ROUX, nous n'avons trouvé sur la possibilité de la symptomatologie pylorique dans les sténoses hautes du grêle que de brèves remarques occasionnées par l'observation d'un malade.

En 1901, PATEL dans sa thèse (p. 91) dit : « Dans l'observation 32, la malade avait des vomissements bilieux abondants qui auraient pu faire songer à un rétrécissement duodénal sous-vatérien; dans ce cas, la sténose la plus étroite siégeait très haut sur le jéjunum ».

Il s'agit ici de notre observation II que nous avons rangée parmi les sténoses de l'angle duodéno-jéjunal. Nous avons cru, en effet, devoir tenir compte des brides qui enserrèrent le duodénum puis le jéjunum; la section des premières ayant fait cesser les symptômes, il semble logique d'admettre qu'elles en étaient la cause. Toutefois, après leur section, la symptomatologie était bien celle d'une sténose sous-vatérienne et les lésions étaient situées sur le jéjunum: une bride au niveau de l'angle duodéno-jéjunal et une sténose tuberculeuse au-dessous de cet angle.

En 1903, LECÈNE dans sa thèse sur l'épithélioma du jéjuno-iléon, signale « de simples phénomènes de dyspepsie sous forme d'anorexie, de nausées et de pesanteur après les repas... Les nausées vont quelquefois jusqu'aux vomissements et il semble que ce symptôme soit lié au siège élevé du néoplasme sur le grêle ».

KUMMER, en 1910, étudie le carcinome du jéjunum et à propos d'une malade (Kummer, obs. XXI) fait les remarques suivantes :

« ...Un mot encore de signes propres aux cancers de la partie initiale du jéjunum. Pour des raisons faciles à comprendre, ces cas se présentent sous un aspect clinique bien différent de ceux de la terminaison du grêle. Les carcinomes du commencement du grêle produisent des signes gastriques: dilatation de l'estomac souvent très considérable, vomissements copieux, melaena, achlorhydrie, tous signes qu'on pourrait être tenté d'attribuer à une affection gastrique... Dans le rétrécissement jéjunal le contenu stomacal est toujours mélangé de bile... on doit trouver du suc pancréatique... Les selles sont décolorées. »

En 1913, VÉNOT et PARCELIER, dans leur article sur le carcinome primitif dû jéjuno-iléon, sans toutefois arrêter un tableau clinique net de sténose pylorique pour les sténoses hautes du jéjunum, ont attiré l'attention sur le rapport de cette symptomatologie avec la localisation jéjunale des lésions.

Après avoir décrit les caractères des douleurs, ces auteurs écrivent : « Les relations entre la crise de coliques intestinales et l'ingestion des aliments sont intéressantes à préciser; il semble *a priori* qu'elles doivent être d'autant plus marquées que le néoplasme siège plus près de l'angle duodéno-jéjunale... Mais dès que la distance séparant le néoplasme de l'angle égale quarante, cinquante ou soixante centimètres, on voit les phénomènes douloureux perdre toute relation avec l'ingestion des aliments... on peut voir des exceptions ».

A propos des vomissements, Vénot et Parcelier parlent de leur fréquence; en dehors de toute occlusion, ils les rencontrent vingt fois sur trente-six. Ils sont plus ou moins abondants... Il semble également qu'il y ait une relation d'autant plus étroite entre le vomissement et l'ingestion des aliments, que le néoplasme a un siège plus élevé et d'autre part il semble que le vomissement doive être un symptôme d'autant plus constant et d'autant plus fréquent que la sténose cancéreuse siège plus près de l'angle duodéno-jéjunale. Ces vomissements peuvent se réduire à des nausées. Ces auteurs notent ensuite l'altération rapide de l'état général.

Pour le diagnostic différentiel avec les sténoses pyloriques, ils signalent la présence de bile et de suc pancréatique, l'absence de sang dans les vomissements au

cours de l'épithélioma du grêle; la localisation de la tumeur; le péristaltisme intestinal que l'on ne doit pas confondre avec le péristaltisme gastrique; l'insufflation; enfin, ils insistent sur l'importance de la radioscopie.

Plus récemment, MALBRAND (1922) et CORNU (1924), dans leurs thèses sur le sarcome de l'intestin grêle, signalent les vomissements et les rattachent au siège élevé du néoplasme, lorsqu'ils existent en dehors de l'occlusion aiguë par torsion ou invagination et de l'obstruction par rétrécissement très marqué.

DIMITRIJE ANTITCH, en 1928, à propos des deux cas que nous rapportons (obs. XI et obs. XII), adopte ce fait: « Etant donné que c'est le syndrome pylorique qui domine la symptomatologie clinique de la sténose infra-duodénale du jéjunum, étant donnée aussi l'absence de symptômes de sténose intestinale proprement dite, on peut dire que la sténose infra-duodénale ne se distingue guère de la sténose duodénale sous-vatérienne ».

Il s'attache surtout à donner des éléments de diagnostic différentiel entre les sténoses pyloriques, sus-vatériennes, sous-vatériennes et infra-duodénales, par ulcère et les sténoses d'origine tuberculeuse. La durée plus courte de l'affection, l'apparition subite et la continuité nettement marquées des signes de sténose pyloro-duodénale, seraient des signes de présomption en faveur de la tuberculose.

Il insiste sur l'examen radioscopique qui permet de diagnostiquer la sténose duodénale basse ou la sténose jéjunale bien avant l'apparition des autres signes cliniques. D'après la description de Holzkecht, le duodénum est dilaté, il reste pendant des heures rempli et dans

le cas de sténose infra-duodénale, ce remplissage et cette stagnation de la masse barytée se prolongent dans le jéjunum jusqu'à l'endroit sténosé, tandis que le reste de l'intestin grêle ne présente qu'une faible ombre. On voit également des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques le long du duodénum et du jéjunum. L'orifice pylorique est constamment ouvert et laisse refluer le contenu duodénal dans l'estomac. Parfois le duodénum dilaté est rempli d'une couche d'air.

OKINCZYK, dans sa remarquable étude sur le cancer de l'intestin, signale dans les formes hautes, la rétraction de l'abdomen, qui coïncide avec des vomissements abondants... des troubles digestifs qui font considérer et traiter le malade comme des dyspeptiques d'origine gastrique.

A propos du diagnostic il écrit, mais sans donner de précisions: « Quand la tumeur est haute, le diagnostic est à faire avec les sténoses du pylore ».

En 1929, D'ALLAINES note au passage la possibilité d'une symptomatologie gastro-duodénale très spéciale pour l'épithélioma du grêle situé près de l'angle duodéno-jéjunal.

A côté de ces auteurs qui, sans mettre en relief un véritable syndrome pylorique pour les sténoses hautes du jéjunum ont cependant attiré l'attention sur la possibilité de certains symptômes gastro-duodénaux, certains auteurs semblent les ignorer ou, s'ils les mentionnent, leur donnent une toute autre signification.

BERNAY n'en parle pas, mais signale comme signe d'une sténose haute, l'apparition de crises douloureuses après des évacuations alvines.

TUFFIER et MARTIN, dans leur article classique sur les rétrécissements du grêle, ne mentionnent pas la possibilité de symptômes pyloriques.

Enfin, GIRET (1908) semble rattacher les vomissements bilieux aux lésions du gros intestin: « Dans les occlusions incomplètes chroniques, les vomissements même bilieux sont rares... on les observe plus souvent quand le gros intestin est en cause; ils peuvent soit n'apparaître qu'avec la constipation, soit s'installer d'une manière définitive à intervalles réguliers ».

Après la lecture des auteurs, il est bien évident que pour aucun la symptomatologie pyloro-duodénale des sténoses jéjunales n'est apparue assez nette pour être ajoutée à la séméiologie intestinale.

Ceux qui ont eu l'occasion d'en observer quelques cas, soit que la radioscopie, soit que l'intervention chirurgicale ou l'autopsie leur ait permis de rétablir un diagnostic clinique erroné, ne font que noter au passage cette éventualité clinique.

Nous croyons que la question demande une mise au point: l'étude précise de nos seize observations va nous permettre de l'établir.

Pour atteindre ce but, il est utile de prendre en particulier chacun des symptômes de sténose pyloro-duodénale classiques et d'en étudier ses diverses modalités dans les sténoses hautes du jéjunum.

Symptômes fonctionnels et généraux

LA DOULEUR

La lecture de nos seize observations nous montre tout d'abord l'inconstance de ce symptôme; 9 fois seulement

la douleur est mentionnée, ce qui donne un pourcentage de 56 %, un peu plus de la moitié des cas.

Et lorsqu'elle existe, cette douleur se montre toujours avec un aspect différent: son intensité varie avec chacun des cas; elle peut être plus ou moins vague, se réduisant à une simple sensation de pesanteur, ou bien violente au point de nécessiter l'emploi de la morphine (MATHIEU, obs. X).

Son inconstance se manifeste aussi dans sa localisation: souvent diffuse dans l'abdomen avec des irradiations lombaires ou dorsales, elle se localise quelquefois en des points que l'examen clinique peut nettement déterminer; le plus souvent c'est le creux épigastrique.

Un caractère plus intéressant de la douleur, c'est son horaire: son rapport avec l'ingestion d'aliments. Inconstant il l'est aussi; on voit apparaître la douleur quelquefois une demi-heure après les repas, quelquefois ce n'est que quatre à cinq heures.

Ces différences d'horaire sont-elles dues au siège de la sténose? au voisinage de l'angle, la douleur survient, une demi-heure à deux heures après les repas (DIMITRIJE ANTITCH, obs. XI et XII); au contraire, lorsque l'obstacle siège à cinquante centimètres, le rapport est moins net mais existe cependant: les douleurs sont plus tardives, elles n'apparaissent que de quatre à cinq heures après l'ingestion d'aliments (AIZNER, obs. XIX). Remarquons toutefois que l'observation de D'ALLAINES (obs. VIII) nous montre une sténose à huit centimètres de l'angle et des douleurs tardives n'apparaissant que quatre à cinq heures après les repas.

Il nous est assez facile de préciser le rapport qui

existe entre la douleur et les vomissements. Généralement, les crises douloureuses sont suivies de rejets d'aliments qui, dans la plupart des cas, soulagent le malade au point que certains les provoquent pour hâter la fin de la douleur (DIMITRIJE ANTITCH, obs. XI).

En somme, dans les sténoses hautes du jéjunum, la douleur ressemble beaucoup à celle de la sténose pylorique. Ce qui domine, ce sont les variations de toutes ses manifestations : intensité, localisations, horaire.

Il est presque impossible d'individualiser une douleur type des sténoses hautes du jéjunum. On peut simplement dire que la douleur est abdominale ou localisée en un point de l'abdomen ; plus ou moins intense et généralement en rapport avec l'ingestion d'aliments. Il faut cependant noter que l'horaire est parfois plus tardif que dans les sténoses pyloriques ; pour celles-ci elle apparaît souvent de demi-heure à deux heures après les repas, pour les sténoses hautes du jéjunum on ne l'observe souvent que quatre à cinq heures après.

D'autre part, la crise douloureuse est suivie de vomissements qui l'atténuent jusqu'à quelquefois la faire disparaître totalement.

En résumé, la douleur dans les sténoses hautes du jéjunum est une douleur abdominale plus ou moins intense, apparaissant généralement quatre à cinq heures après les repas et se terminant par le rejet d'aliments.

LES VOMISSEMENTS

Le vomissement tardif est le symptôme qui a le plus attiré l'attention des auteurs. Généralement, ce fut lui la cause de l'erreur de diagnostic : devant un malade re-

jetant des aliments ingérés le jour même ou la veille, aliments mêlés ou non de bile, et ceci régulièrement un certain temps après les repas, le clinicien n'hésite pas à poser le diagnostic de sténose pylorique ou de sténose duodénale sous-vatérienne.

L'étude de nos seize cas nous apprend que le vomissement de la sténose haute du jéjunum survient comme celui de la sténose pylorique, à la suite de la crise douloureuse, un certain temps après les repas.

Sa quantité est généralement importante car partout il est mentionné comme abondant.

Plus intéressante à étudier est la composition de ce vomissement. Parmi nos seize cas, nous le trouvons cinq fois composé d'aliments ingérés la veille ou même l'avant-veille, et d'une quantité plus ou moins grande de liquide gastrique (D'ALLAINES, obs. VIII, MATHIEU, obs. X. BRISSET, obs. XVI. WHITTEMORE, obs. XX. MATAS, obs. XXIII).

Dans le cas observé par M. le Professeur CADE, en juin 1928 (obs. I), les vomissements avaient bien ces caractères: « les vomissements sont alimentaires et contiennent d'une façon certaine des aliments ingérés la veille ».

Dans les autres observations, le rejet des ingesta est noté, mais il y a en plus rejet de bile, ou bien en quantité minime, ne faisant que teinter de vert le vomissement (ROUTIER, obs. XIV), ou bien, et ceci plus souvent, en quantité abondante: le grand vomissement vert domine alors la scène clinique; c'est le cas pour trois de nos observations (DENIS et CHARRIER, obs. XIII. PIC, VACHEZ et BOUYSET, obs. XVIII. MALLET-GUÝ, obs. XXII).

La présence de suc pancréatique a été signalée par quelques auteurs (VENOT et PARCELIER, DIMITRIJE AN-TITCH), mais étant d'une recherche difficile son intérêt pratique est moins grand.

Ce qu'il importe donc de noter à propos du vomissement de la sténose haute du jéjunum, c'est, après son horaire tardif, son abondance et sa composition: quantité généralement importante de bile mêlée d'aliments ingérés vingt-quatre ou quarante-huit heures avant.

Dans les cinq cas où les vomissements ne sont mentionnés qu'alimentaires, nous croyons devoir apporter une réserve: il est bien probable que des recherches minutieuses auraient pu faire découvrir de petites quantités de bile, et permettre ainsi une localisation plus précise de la sténose.

Nous disons donc, qu'à côté de cas presque exceptionnels où les vomissements de la sténose haute du jéjunum présentent un caractère essentiel de ceux de la sténose pylorique: le rejet d'aliments ingérés un ou deux jours avant, on observe le plus souvent le vomissement bilieux généralement abondant. Il survient à la fin de la crise douloureuse, c'est-à-dire de deux à cinq heures après les repas.

Ces caractères le rapprochent du vomissement de l'occlusion duodénale à siège sous-valérien: le grand vomissement vert extrêmement abondant (de 1 à 3 litres par jour, et parfois en un seul vomissement) étant le seul symptôme vraiment pathognomonique.

Il est donc intéressant de noter dès maintenant la possibilité pour un obstacle intestinal, même situé assez loin de l'angle duodéno-jéjunal (MALLET-GUY, obs.

XXII et MATAS, obs. XXIII: un mètre) de donner lieu à des vomissements présentant en tout point les caractères soit de ceux de la sténose pylorique (alimentaires), soit de ceux de la sténose sous-vatérienne (bilieux).

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX

Un obstacle de la portion haute du jéjunum retentit très rapidement sur l'état général du malade. Toutes nos observations rapportent en effet des histoires de courtes durées, variant de un à six mois. Deux fois seulement l'évolution fut plus lente : on nous parle de trois et de deux ans (MATHIEU, Obs. X. WHITTEMORE, Obs. XX).

L'anorexie peut se rencontrer dès le début de l'affection (MALLET-GUY, Obs. XXII); liée aux vomissements que nous avons dits généralement abondants, elle entraîne un amaigrissement souvent assez considérable pour que l'on puisse parler de cachexie (MATHIEU, Obs. X).

Le rejet quotidien d'aliments, de bile et d'une quantité souvent importante de liquide d'hypersécrétion gastrique et intestinale entraîne un syndrome de déshydratation plus ou moins net : la langue est sèche, lisse, rouge; la peau sèche, le visage pâle. On observe la fonte rapide du tissu adipeux. Le pouls bat à 90, 100; la tension artérielle est basse; les urines sont rares et contiennent de l'indican, signature de l'existence de putréfactions intestinales. La température ne semble pas modifiée : une fois seulement sur nos seize cas on note de la fièvre. La constipation semble accompa-

gner tous ces phénomènes généraux : c'est une constipation chronique et opiniâtre.

En somme de l'étude des symptômes généraux il ressort qu'une sténose haute du jéjunum évolue rapidement vers la déshydratation et l'intoxication de l'organisme.

Signes physiques

ONDES PÉRISTALTIQUES

Les ondes péristaltiques se retrouvent avec une certaine fréquence : huit de nos seize observations les mentionnent ; il en est ainsi pour le cas de la salle Saint-Bruno (Obs. I).

Ondes gastriques et ondes intestinales ne sont pas toujours faciles à distinguer.

Théoriquement, le péristaltisme stomacal a un siège toujours plus élevé malgré l'ectasie possible ; la direction des ondes est caractéristique : elles vont toujours de gauche à droite, de la région splénique aux fausses-côtes droites. Enfin ces ondes ont plus d'intensité, sont plus larges.

Le péristaltisme du petit intestin se produit au contraire suivant des ondes de peu d'étendue, avec des courbes flexueuses localisées autour de l'ombilic.

Il est des cas où le clinicien n'hésite pas sur l'origine du péristaltisme. MATHIEU, par exemple, nous rapporte un cas (Obs. X) où les ondes se produisent par crises, permettant d'observer plusieurs saillies juxta-

posées autour de l'ombilic. L'origine intestinale de ces ondulations a été admise presque d'emblée.

Mais il est des cas plus flous où se superposent le péristaltisme gastrique et intestinal. Le cas rapporté par MM. PIC, VACHEZ et BOUYSET (Obs. XVIII) en est un exemple : des ondes vigoureuses se produisent aussi bien dans la région épigastrique que dans la fosse iliaque gauche. On fut tenté au début de rapporter tous ces troubles à une seule et même cause : la surdistension gastrique. L'indépendance de ces deux ordres d'ondes pouvait même faire penser, comme l'avaient signalé autrefois certains auteurs, à une biloculation gastrique. En réalité l'intervention a montré que si les ondes épigastriques étaient bien sous la dépendance de l'estomac, les ondes localisées à la fosse iliaque gauche étaient provoquées par la distension anormale de l'anse grêle sus-jacente.

L'agitation péristaltique manque quelquefois ; elle peut-être remplacée par la tension intermittente décrite par BOUVERET ; le cas de MALLET-GUY (Obs. XXII) nous en apporte un exemple : « L'examen de la région épigastrique montre l'existence d'une tension intermittente de l'estomac... Dans la fosse iliaque gauche se dessine parfois une tuméfaction allongée et parcourue d'ondes péristaltiques et antipéristaltiques. »

Cette brève étude met bien en évidence les difficultés qu'engendre l'interprétation du péristaltisme. Dans certains cas l'origine gastrique est indiscutable, mais il est possible qu'on ait pris pour des ondes gastriques des ondes péristaltiques se produisant au niveau du

duodénum ou du jéjunum distendu, comme le signale Aizner.

Un examen clinique très attentif devra donc tenir compte des petites ondes qui parcourent la région ombilicale. Lorsqu'il sera possible d'affirmer leur existence, il ne faudra pas hésiter à les rapporter au petit intestin.

Il est bien évident que c'est là un symptôme difficile à observer, mais sa présence pourra suffire à mettre le clinicien sur la voie du diagnostic.

LA DILATATION GASTRO-INTESTINALE. — LE CLAPOTAGE

La dilatation gastro-intestinale se retrouve dans presque toutes nos observations. Seuls les cas de ROUTIER (Obs. XIV et XV) ne la mentionnent pas; ne serait-ce là qu'une omission? C'est chose probable.

Remarquons toutefois que malgré sa fréquence, cette dilatation ne s'est traduite cliniquement que huit fois seulement. Dans les autres cas, ce fut une révélation soit de la radioscopie, soit de l'opération.

La possibilité de l'insufflation de ces poches dilatées, le clapotage reconnu à leur niveau firent que le clinicien posa le diagnostic de dilatation gastrique consécutive à une sténose pylorique. Lorsque la méthode de Bouveret, l'insufflation, permettait de délimiter deux poches, on faisait le diagnostic de biloculation gastrique (BERNAY, Obs. IX. BARJON, Obs. XVII). La dilatation intestinale sus-stricturale était donc généralement méconnue.

Il est en effet très difficile de préciser le siège gastri-

que ou intestinal de la dilatation : le plus souvent le clapotage intestinal est analogue à celui que l'on observe dans les grandes dilatations gastriques avec stase. L'étendue de ce clapotage, rapporte GIRET dans sa thèse, en fera tout l'intérêt; il faudra donc le rechercher et l'analyser avec soin. Son siège de prédilection est autour de l'ombilic et répond là au contenu liquide de l'intestin grêle. Son siège élevé peut quelquefois en imposer pour une véritable dilatation gastrique. Il se présente le plus souvent sous forme d'une bande transversale de hauteur variable.

Dans les cas de clapotage étendu la recherche du siège et des limites sera de peu de secours pour différencier le clapotage gastrique et le clapotage intestinal. MATHIEU, dans ce cas, donne comme signe certain, le sondage gastrique : si l'on ne ramène rien, on a la preuve que l'estomac est vide; le siège intestinal de la stase serait ainsi démontré.

En réalité, nous ne croyons pas que l'estomac soit toujours vide dans ces cas : il en existe où le clapotage est bien gastrique; dans les cas de DIMITRIJE ANTITCH (Obs. XI et XII), le sondage gastrique avait été pratiqué à jeun et avait permis de retirer 230 cm³ de liquide dans le premier cas et 390 cm³ dans le deuxième. La radioscopie peut d'ailleurs révéler une rétention barytée dans l'estomac (DIMITRIJE ANTITCH, Obs. XII. PIC, VACHEZ et BOUYSSSET, Obs. XVIII).

D'autre part, l'insufflation n'est pas non plus pathognomonique d'une dilatation gastrique. Dans les cas de sténose du jéjunum, une insuffisance pylorique s'ajoute

souvent à la dilatation gastrique, permettant ainsi le passage de l'air dans l'intestin grêle. Ces poches duodénales et jéjunales qui se laissent insuffler simulent la distension gastrique et entraînent l'erreur de diagnostic. C'est ce qui arriva pour le cas rapporté par M. BARJON (Obs. XVII) faisant conclure à une biloculation. De même pour le cas d'AIZNER (Obs. XIX), l'insufflation gastrique donna l'impression d'une poche descendant jusqu'au pubis, faisant penser ainsi à une sténose pylorique.

La dilatation gastro-intestinale, voici donc un fait qui entraîne souvent un diagnostic erroné. Si le médecin reconnaît la distension gastrique, il méconnaît la distension intestinale. Les moyens cliniques qui permettraient la différenciation n'ont en effet qu'une valeur relative : clapotage, sondage, insufflation, ne peuvent pas donner une réponse certaine sur la localisation de la poche distendue. Seule la radioscopie permettra de voir cette stase, et d'en apprécier la situation gastrique ou intestinale; nous l'étudierons dans le chapitre consacré à ce sujet.

III

LA TUMEUR

Nous n'aurons que peu de choses à dire au sujet de la perception possible d'une tumeur. Les premières anses grêles sont en effet logées sous les fausses-côtes et par ce fait, ne sont pas abordables à la palpation. Parmi les cas que nous rapportons, onze sténoses sont dues à des tumeurs : neuf fois, ce fut l'opération ou l'autopsie (Obs. I) qui révéla leur existence.

Les deux fois où l'on perçut une tumeur, sa localisation était relativement assez éloignée de l'angle duodéno-jéjunal : il s'agissait de cinquante centimètres.

Dans l'un des cas (PIC, VACHEZ et BOUYSSSET, Obs. XVIII), on fut en présence d'une petite tumeur, du volume d'une mandarine, située dans la fosse iliaque droite; très mobile, sans contact lombaire, son interprétation fut difficile. Dans l'autre cas (WHITTEMORE, Obs. XX), on perçut deux tumeurs : l'une mobile était le néoplasme, l'autre fixe une métastase ganglionnaire.

Notons ici qu'un caractère essentiel d'une tumeur du grêle est d'être, tout au moins au début, fixe ou mobile ainsi que la partie du grêle où elle se trouve localisée. Par conséquent, la mobilité d'une tumeur signifiera localisation sur le grêle flottant : jéjunum dans sa partie palpable ou iléon; sa fixité dès le début, localisation duodénale ou pylorique.

Il est intéressant de noter combien fut difficile pour MM. PIC, VACHEZ et BOUYSSSET l'interprétation de cette petite tumeur mobile dans la fosse iliaque droite, à côté de signes de sténose sous-vatérienne nette. L'examen radioscopique a été nécessaire pour pouvoir affirmer la localisation jéjunale de l'obstacle.

En présence d'une symptomatologie pylorique ou duodénale sous-vatérienne, le clinicien ne devra pas s'étonner de la perception d'une tumeur mobile en un point de l'abdomen. La reconnaissance de la possibilité d'une symptomatologie pyloro-duodénale dans les sténoses hautes du jéjunum lui permettra de prononcer un diagnostic précis.

L'examen radioscopique

On a pu déjà pressentir l'importance de cet examen lorsque dans notre chapitre consacré à quelques considérations générales, nous disions que dans trois cas sur les vingt-deux que nous rapportons, le diagnostic clinique erroné fut rétabli par l'examen radioscopique. Son absence ou son insuffisance conduisirent toujours à des erreurs : le malade G... (Obs. I) s'est présenté cliniquement avec le tableau d'un cancer du pylore et aucune particularité n'attirait l'attention sur une sténose intestinale. Il est regrettable que la radioscopie n'ait pu être faite. Il est probable, en effet, que celle-ci aurait permis un diagnostic juste en montrant le siège jéjunale de la sténose, et ce diagnostic juste aurait conduit à une intervention chirurgicale utile au malade.

L'étude des différents symptômes pyloro-duodénaux ne nous a pas permis de mettre en lumière certaines particularités qui affirment la localisation jéjunale, pylorique ou duodénale de l'obstacle. Nous avons relevé au cours de nos recherches certains signes de présomption ; pour la première fois, avec la radioscopie, nous abordons un signe vraiment pathognomonique.

Pour qu'il ait toute sa valeur, il faut que le clinicien étudie de très près le transit gastro-intestinal. Le malade doit être examiné à plusieurs reprises : six, douze et même vingt-quatre heures après l'absorption de son repas opaque. La prise de clichés rendra plus facile l'interprétation des images.

Devant l'écran, dès l'ingestion de la bouillie barytée, on se rendra compte de la forme de l'estomac. Quelquefois non modifiée, même petite (MATHIEU, Obs. X), la poche gastrique est plus souvent distendue (quatre fois sur sept) et parcourue de contractions assez intenses. L'examen du pylore pourra montrer un certain degré d'incontinence (DIMITRIJE ANTITCH, Obs. XII. PIC, VACHEZ et BOUYSET, Obs. XVIII). Le duodénum s'injecte généralement bien; il est aussi dilaté. Quelquefois, dès ce premier examen on pourra observer le passage de la bouillie opaque dans le jéjunum; on constatera alors la dilatation de cette partie du grêle et la stase en amont de l'obstacle.

Une fois seulement (D'ALLAINES, Obs. VIII), une même radioscopie a permis d'arriver au diagnostic; le plus souvent, à tous ces phénomènes s'ajoutent un retard dans l'évacuation des différentes poches; aussi, plusieurs examens sont-ils nécessaires pour observer la totalité des faits. Ainsi pour les cas de DIMITRIJE ANTITCH (Obs. XI et XII) on a vu dans l'un une stase au niveau de la partie supérieure du duodénum, dans l'autre une image en cuvette du bas-fond de l'estomac. Dans l'une et l'autre observation, il est noté un retard de l'évacuation de six et de quatre heures et demie. Ces examens ainsi pratiqués, ont confirmé à tort le diagnostic clinique de sténose pylorique. Si ces malades avaient été revus quelques heures plus tard, il est bien probable que l'on aurait constaté la perméabilité du pylore et l'existence au-dessous de la poche gastrique d'une deuxième poche duodénale ou jéjunale.

Tout ceci a été très bien vu dans le cas de MM. PIC, VACHEZ et BOUYSSSET (Obs. XVIII) : le premier examen avait montré l'incontinence pylorique, la dilatation et la stase duodénale; à un deuxième examen quatre heures après, on vit la dilatation du jéjunum et la stase de la bouillie opaque à ce niveau.

Si l'on s'était contenté de voir seulement une fois la malade, l'on aurait affirmé le diagnostic de sténose sous-vatérienne : la radioscopie aurait confirmé la symptomatologie clinique. Mais le deuxième examen fut décisif : il réforma le diagnostic précédent et affirma la localisation jéjunale de la sténose.

Ainsi donc, vue l'importance de ce moyen de diagnostic, la radioscopie devrait toujours être pratiquée chez un malade présentant des signes de sténose pylorique ou sous-vatérienne. Mais il est des cas où l'état général du malade est suffisamment grave pour que l'on hésite à faire l'examen radioscopique avant l'intervention chirurgicale. Il ne faudra donc pas s'étonner d'une erreur de diagnostic malgré des signes cliniques très nets. Comme sanction pratique, en l'absence de radioscopie, le chirurgien devra être averti de la possibilité de la localisation jéjunale de l'obstacle si l'exploration du pylore s'est révélé négative.

CHAPITRE V

Diagnostic différentiel

Le diagnostic de la sténose haute du jéjunum est à faire avec la sténose pylorique d'une part et avec la sténose duodénale sous-vatérienne d'autre part.

Nous allons envisager successivement ces deux éventualités et montrer les éléments sur lesquels on pourra s'appuyer pour déterminer la localisation de la sténose.

I. — Diagnostic entre sténose jéjunale et sténose pylorique

Cinq de nos observations (CADE et LEVRAT, Obs. I, D'ALLAINES, Obs. VIII, BRISSET, Obs. XVI, WHITTEMORE, Obs. XX, MATAS, Obs. XXIII) nous apprennent qu'on peut observer dans la sténose jéjunale les vomissements d'aliments ingérés la veille, le clapotage à jeun, les ondes péristaltiques gastriques, signes cardinaux de la

sténose pylorique. Sur quels signes doit-on établir le diagnostic ?

La rapidité d'évolution de la sténose et les signes précoces d'intoxication de l'organisme tels qu'ils s'observent dans toutes les sténoses hautes du grêle peuvent être constatés. Nous rapprocherons de ce fait les cas rapportés par HARTMANN, de syndrome de sténose pylorique aiguë dans les cancers du duodénum. Mais, de toutes façons, cette rapidité d'évolution, cette atteinte grave de l'état général, ne peut valoir que comme signe de présomption, fort intéressant d'ailleurs.

La douleur n'est pas non plus caractéristique. Si ce n'est son horaire généralement plus tardif, elle est en tout point semblable à celle de la sténose pylorique.

Les vomissements s'ils ne sont qu'alimentaires n'apportent pas non plus un élément de diagnostic bien intéressant. Leur horaire est dans certains cas plus tardif; mais, sur les autres points, ils simulent parfaitement le vomissement de stase.

Les vomissements bilieux, au contraire, ont une importance diagnostique beaucoup plus grande; et dans les sténoses hautes du grêle, comme dans les sténoses sous-vatériennes du duodénum, c'est le signe clinique fondamental. Il faut d'ailleur le rechercher car souvent il peut passer inaperçu. Dans quelques-unes de nos observations, la bile est en effet notée ou bien par intermittence ou bien en quantité si minime qu'elle ne fait que teinter de vert le vomissement. Dans les cinq observations que nous mentionnons comme n'ayant que des vomissements alimentaires, des recherches plus atten-

tives auraient pu faire découvrir la présence de bile. C'est là une recherche qu'il ne faut pas négliger, car c'est le seul signe clinique certain qui permet de localiser la sténose au-dessous de l'ampoule de Vater.

Les ondes péristaltiques et le clapotage offrirait beaucoup plus d'intérêt si leur interprétation présentait moins de difficultés. Nous avons montré combien dans certains cas la distinction de l'origine gastrique ou intestinale du péristaltisme et du clapotage était difficile. Néanmoins, ces signes recherchés avec soin prendront une grande valeur diagnostique. Un syndrome de Koenig plus ou moins flou pourra même être retrouvé. Sa superposition avec les signes classiques de la sténose pylorique et les signes de la sténose sous-vatérienne, permettra une orientation sûre du diagnostic.

La perception d'une tumeur mobile dans un flanc ou autour de l'ombilic pourra de même attirer l'attention sur la possibilité d'une sténose jéjunale.

Le moyen de diagnostic le plus sûr est encore la radioscopie. Il est certain qu'une radioscopie bien faite permettra toujours le diagnostic; c'est elle seule qui permettra de préciser le siège de la sténose sur le jéjunum.

Ainsi donc les signes les plus importants pour diagnostiquer une sténose haute du jéjunum d'une sténose pylorique sont les vomissements bilieux et l'examen radioscopique. Les autres symptômes que nous avons mentionnés peuvent avoir une certaine valeur de présomption, mais c'est tout ce qu'il faut leur attribuer.

II. — Diagnostic entre sténose duodénale sous-vatérienne et sténose du jéjunum

Tous les symptômes pyloriques que nous retrouvons dans les sténoses hautes du jéjunum sont classiques dans les sténoses duodénales sous-vatériennes. Théoriquement, dans les sténoses sous-vatériennes, plus on s'éloigne de l'ampoule de Vater, moins les symptômes pyloriques sont nets. Nous venons de voir qu'on les retrouve avec la plus grande netteté à la partie supérieure du jéjunum. Aucun caractère clinique ne permet en réalité de distinguer les sténoses duodénales sous-vatériennes de certaines sténoses jéjunales. Seul, l'examen radioscopique montrant l'arrêt de la baryte en amont ou en aval de l'angle duodéno-jéjunal permet la distinction.

CHAPITRE VI

Essai pathogénique

L'étude séméiologique que nous venons de faire nous permet d'affirmer que jusqu'au delà du premier mètre du grêle flottant, le tableau clinique d'une sténose jéjunale peut simuler à s'y méprendre celui d'une sténose pylorique ou duodénale. Nous avons montré point par point la presque identité des symptômes, nous avons donné les quelques éléments qui permettent de poser un diagnostic juste ; pouvons-nous maintenant expliquer le mécanisme de cette symptomatologie d'emprunt ?

La plupart de nos observations nous ont permis de constater la fréquence de la distension et du spasme. Si l'examen clinique n'avait pas permis de les déceler, l'examen radiologique, l'opération ou l'autopsie les avaient mis en évidence.

Le tube digestif est très sensible au spasme et à la distension ; de là, l'origine de la douleur et de la rela-

tion qui existe entre son apparition et l'ingestion des aliments. Le vomissement, en éloignant la cause de cette distension et de ce spasme amène généralement la fin de la crise douloureuse. Si le clinicien ne peut presque jamais distinguer la douleur gastrique de la douleur intestinale haute, cela tient au fait que ces viscères intervenant généralement ensemble dépendent l'un et l'autre d'une intervention presque semblable : le grand sympathique et le vague d'une part: D_5 , D_6 , D_9 répondent à l'estomac; D_9 , D_{11} au grêle. D_9 envoie donc des ramifications à la fois à l'estomac et à l'intestin grêle.

Quant à l'interprétation pathogénique du grand vomissement vert, nous avons une première explication qui considère le duodénum comme ectasié avec un bas-fond décline, surdistendu, où s'accumulent la bile et les sécrétions duodénales, que les contractions disparues du segment intestinal correspondant ne peuvent plus vider, le passage de quelques éléments solides ou liquides ne pouvant s'effectuer qu'à la faveur d'un véritable trop plein.

Une deuxième interprétation pathogénique se rapporte à l'action de la bile elle-même qui produirait au niveau de la partie obstruée (même incomplètement) et lésée de l'intestin, un spasme transformant l'occlusion partielle en occlusion complète; la bile se barrerait la route elle-même et du fait de ce spasme électif, l'occlusion deviendrait complète pour elle alors qu'elle ne serait que partielle pour les aliments solides.

Que faut-il retenir de ces deux hypothèses ? Certes

il est des cas où nous avons vu par l'examen clinique et radioscopique des distensions gastriques duodénales et intestinales considérables. L'observation de MM. PIC, VACHEZ et BOUYSET (Obs. XVIII) nous a montré un duodénum dilaté et un intestin grêle atteignant les dimensions du côlon; on vit des niveaux liquidiens successifs dans l'estomac, le duodénum et le grêle : c'était la signature d'une stase dans ces bas-fonds déclives.

Mais il est des cas où la distension est moins considérable et où la lumière intestinale laissée libre est assez grande pour permettre le passage d'aliments solides (DENIS et CHARRIER, Obs. XIII). Le vomissement s'explique alors très bien par un phénomène de spasme réflexe surajouté qui obstrue complètement le conduit.

L'une et l'autre de ces hypothèses présentent leur intérêt. Toutefois la deuxième nous paraît préférable. Il est en effet difficile de comprendre comment seule la stase dans des bas-fonds où toutes contractions ont disparu, peut entraîner le vomissement.

Si au contraire l'on admet que cette distension entraîne un phénomène de spasme qui obstrue le conduit au niveau de la lésion où même en amont, et déclenche des vomissements antipéristaltiques, on conçoit alors très bien le mécanisme du vomissement dans les sténoses jéjunales hautes.

Ce phénomène de spasme réflexe qui a été invoqué par certains auteurs comme PATEL pour expliquer par exemple les phénomènes d'obstruction au cours de la sténose hypertrophique, a été observé par d'autres. Sa réalité clinique ne fait donc aucun doute. Ainsi le

spasme n'est pas toujours localisé au niveau ou au voisinage de la lésion. Il peut se produire à distance par un réflexe à plus long circuit. Nous rapportons ci-dessous une observation de spasme pylorique réflexe secondaire à un obstacle situé sur la deuxième partie de l'iléon.

OBSERVATION XXIV

ODDO et DE LUNA. — *Société Mém. Hôp.*, 1921, p. 27)
(résumé)

Jeune fille âgée de 16 ans. Depuis quatre ans, elle souffre, dans la région périombilicale, de douleurs très violentes. Elle présente aussi des vomissements quelquefois alimentaires mais plus souvent bilieux. Ils surviennent à des heures variables. Leur fréquence s'augmentait ces derniers mois.

On note en outre de l'amaigrissement et de la perte des forces.

Un tubage gastrique ramène un demi-litre de liquide de rétention.

A l'examen, on constate un ventre souple avec bruit de clapotage, un peu au-dessous et à droite de l'ombilic. Quatre heures environ après les repas on peut observer le syndrome de Kœnig typique.

A la radioscopie on vit un estomac petit, hyperkinétique; deux poches retenant le bismuth, superposées sur la ligne médiane, l'inférieure affleurant au pubis.

Une fois, on vit une stase au niveau de l'estomac.

L'état s'aggrave; l'intolérance gastrique devient complète.

Diagnostic. — On élimine la sténose pylorique à cause de l'intermittence de la stase gastrique, de l'estomac petit, non ptosé, permettant le péristaltisme exagéré. On

attribue les troubles gastriques à un spasme pylorique réflexe.

A l'opération, on trouve une sténose tuberculeuse dans la deuxième partie de l'iléon.

En somme: sténose serrée de l'iléon n'entraînant que peu de troubles du côté de l'intestin, ceux-ci se bornant à la symptomatologie mise en relief par Kœnig, mais atténuée, et revêtant au contraire une allure de sténose pylorique dont la radioscopie montra l'origine réflexe secondaire à l'obstacle.

De cette esquisse pathogénique il ressort que la symptomatologie pyloro-duodénale de certaines sténoses jéjunales est intimément liée à la stase et au spasme (soit local, soit pylorique réflexe) déterminés par la sténose. De ces troubles, découlent un rapide affaiblissement de l'organisme et un état d'intoxication souvent considérable. Nombreuses en effet sont les observations qui mentionnent un amaigrissement rapide allant jusqu'à la cachexie ainsi qu'un état grave d'intoxication : comme dans toutes les sténoses hautes, la quantité de toxines émises est considérable; le foie ne pouvant plus les neutraliser comme normalement devient insuffisant.

La stase, le spasme et l'intoxication consécutive, voici les trois phénomènes que l'on doit invoquer pour expliquer cette symptomatologie d'emprunt de certaines sténoses jéjunales.

CHAPITRE VII

Vue d'ensemble

Avant d'en arriver aux conclusions de notre travail nous ne croyons pas inutile de donner une rapide vue d'ensemble de la question.

La symptomatologie pylorique dans les sténoses hautes du jéjunum (jusqu'à un mètre) bien que non classique doit cependant être actuellement un fait acquis.

Ces cas sont rares; nous n'avons pu préciser le pourcentage, mais le peu d'observations que nous avons recueillies le prouve. Afin de fixer les idées : la thèse de BERNAY qui rapporte 70 cas de tuberculose du grêle nous a fourni deux observations; ce qui fait à peine 3 %; l'étude de VENOT et PARCELIER sur la carcinome du jéjuno iléon : quatre observations sur trente-six, ce qui donne 11 %.

Dans ces quelques cas, on retrouve les symptômes cliniques de la sténose du pylore : douleurs tardives,

vomissements d'aliments ingérés la veille, estomac dilaté, ondes péristaltiques gastriques; ou bien de sténose sous-vatérienne avec le grand vomissement bilieux.

La presque identité des symptômes fait que le clinicien conclue souvent à une sténose pylorique et ce n'est alors que l'opération ou l'autopsie qui lui révèle son erreur.

Le diagnostic différentiel n'est souvent possible qu'à la faveur de la radioscopie.

Dans certains cas, on a observé une superposition des signes pyloriques et des signes intestinaux; ceux-ci sont généralement atténués et demandent un examen clinique minutieux pour être décélés.

Ainsi donc, en s'appuyant sur les faits que nous avons apportés, on doit étendre aux portions hautes du jéjunum la symptomatologie classique des sténoses pyloriques ou duodénales sous-vatériennes.

Si les examens clinique et radioscopique ont été insuffisants pour poser un diagnostic exact, la connaissance de ces faits permettra de soupçonner la possibilité d'une localisation jéjunale de l'obstacle.

Le chirurgien averti pourra donc explorer les premières anses grêles si l'examen du pylore et du duodénum s'est révélé négatif.

Conclusions

I. — Dans un petit nombre de cas les sténoses hautes du jéjunum peuvent déterminer des symptômes cliniques de sténose du pylore ou du duodénum : vomissements d'aliments ingérés la veille ou de bile, estomac dilaté, ondes péristaltiques.

II. — Il convient donc d'étendre aux portions hautes du jéjunum la symptomatologie classique des sténoses pyloriques et des sténoses duodénales sous-vatériennes.

III. — Les vomissements bilieux et l'examen radioscopique permettent seuls de distinguer la sténose pylorique de la sténose duodénale sous-vatérienne et de la sténose jéjunale à type pyloro-duodéal.

IV. — La radioscopie est le symptôme le plus sûr, et en tout cas le seul qui rende possible la différenciation entre sténose jéjunale et sténose duodénale sous-vatérienne.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	CADE.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 9 Octobre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- AIZNER. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1909, t. CI, p. 474.
- BARJON. — *Lyon Médical*, 8 juin 1930.
- BARRET et CHAUFOUR. — *Presse Médicale*, 18 oct. 1922.
- BERNAY. — *Thèse de Lyon*, 1898.
- BRISSET. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie de Paris*, 1925, t. LI, p. 658-666.
- CADE et DEVIC. — *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1920, p. 419.
- CADE et Marcel LEVRAT. — *Journal de Médecine de Lyon*, 1929, p. 509.
- CORNU Robert. — Sarcome primitif du jéjuno iléon. *Thèse de Paris*, 1924.
- CROWTHER G. — Turin, 1914. *La Clinica chirurgica*, t. XXI, n° 10.
- D'ALLAINES. — *Journal de Chirurgie*, avril 1929, p. 449.
- DENIS et CHARRIER. — Sténose sous-vatérienne par cancer du jéjunum. *J. de Méd. de Bordeaux*, 10 avr. 1922.
- DIMITRIJE ANTITCH. — *Annales de Médecine et de Chirurgie*, 1928.
- EICHHORST. — *Pathologie interne et thérapeutique*, 1889.
- GIRET. — Formes cliniques de l'occlusion incomplète. *Thèse de Paris*, 1908-1909.
- HARTMANN. — *Chirurgie de l'estomac*.
- KÆNIG. — *Deutsche Zeitung für Chir.*, XXXIV, 1892, p. 65.

- KUMMER. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1910, p. 89.
- KUSSMAUL. — Die peristaltische Unruhe des Magens (*Volkmann's Sammelung*, 1881).
- LECÈNE. — *Thèse de Paris*, 1903-1904.
- MALBRAND. — Sarcome primitif de l'intestin grêle. *Thèse de Paris*, 1922.
- MALLET-GUY. — *Lyon Médical*, 26 août 1928, p. 247.
- MATAS. — *The Philadelphia Medical Journal*, July 1898, vol. II, p. 73.
- MATHIEU et J.-Ch. ROUX. — *Pathologie gastro-intestinale*, 3^e série, 1911.
- MATHIEU. — Etude clinique sur l'occlusion lente et progressive de l'intestin grêle. *Gaz. des Hôp.*, 1913, p. 917.
- ODDO et DE LUNA. — *Société Médicale des Hôp.*, 1921, p. 27.
- OKINCZYK. — *Le cancer de l'intestin*. Doin, éditeur. Paris.
- PATEL. — *Thèse de Lyon*, 1901-1902.
- PÉTROV. — *Liatop. Rüskk. Chirurg. Saint-Petersbourg*. Bd III, p. 110.
- PIC. — *Revue de Médecine*, 10 déc. 1894.
- PIC. VACHEZ et BOUYSSSET. — *Lyon Médical*, 8 juin 1930.
- ROGER, WIDAL, TEISSIER. — *Nouveau traité de médecine*. Fasc. XIII et XIV.
- ROUTIER. — *Bulletin Société de Chirurgie de Paris*, 1898-1902.
- TATLOW. — *The Lancet*, 13 avril 1912, p. 991.
- TUFFIER et MARTIN. — *Arch. mal. app. dig.*, 1907.
- VENOT et PARCELIER. — Carcinome primitif du jéjunum iléon. *Rev. de Chir.*, juin 1913, p. 678.
- WHITTEMORE. — Report of a case of carcinoma of the jejunum simulating carcinoma of the pylorus. *Yale M. J. New-Heaven*, 1908-1909, XV, p. 124-127.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE I. — <i>Symptomatologie classique des sténoses pyloriques et intestinales</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Vingt-deux observations de symptomatologie pyloro-duodénale dans les sténoses hautes du jéjunum</i>	15
I. Six observations de sténoses juxta-jéjunales.	16
II. Seize observations de sténoses jéjunales....	21
CHAPITRE III. — <i>Considérations anatomo-pathologiques étiologiques et générales</i>	43
CHAPITRE IV. — <i>Les différents symptômes pyloriques et duodénaux dans les sténoses hautes du jéjunum</i>	49
Symptômes fonctionnels et généraux.....	55
I. La douleur	55
II. Les vomissements	55
III. Symptômes généraux	60
Signes physiques	61
I. Ondes péristaltiques	61
II. La dilatation gastro-intestinale ; le clapotage	63
III. La tumeur	65
L'examen radioscopique	67

CHAPITRE V. — <i>Diagnostic différentiel</i>	71
I. Diagnostic entre sténose jéjunale et sténose pylorique	71
II. Diagnostic entre sténose duodénale sous-vatérienne et sténose du jéjunum	74
CHAPITRE VI. — <i>Essai pathogénique</i>	75
CHAPITRE VII. — <i>Vue d'ensemble</i>	81
CONCLUSIONS	83
BIBLIOGRAPHIE	85

